

Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos / *Social work and Health – intellectual and operative challenges*

REGINA CÉLIA TAMASO MIOTO¹
VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA²

Resumo: O presente artigo tem como objetivo pensar as ações do Serviço Social, considerando sua particularidade disciplinar na saúde e a partir da reconstrução do objeto sobre o qual incide a ação do assistente social. Resgata as implicações das ciências sociais em saúde na estruturação das ações profissionais, destacando a articulação entre as dimensões do saber e do fazer profissional no campo da saúde.

Palavras-chave: Social Work, Serviço Social, ações profissionais em saúde, saúde.

Abstract: The purpose of this article is to analyze Social Work actions considering its disciplinary specificity in healthcare based on the reconstruction of the object on which the action of the social worker is focused. It also analyzes the influence of the social sciences in the structuring of professional healthcare actions, highlighting the articulation between the dimensions of professional knowledge and action in the field of healthcare.

Keywords: Social Work, professional healthcare actions, health.

“Enfim, almeja-se capacitar o aluno a tratar as pequenas questões da prática cotidiana como grandes desafios intelectuais e operativos” (IAMAMOTO,1992).

Introdução

O modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980, pautado na concepção

¹ Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e do II Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. E-mail: Regina.mioto@pesquisador.cnpq.br

² Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Pelotas e professora colaboradora do Departamento de Serviço Social / Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: vera.nogueira@pq.cnpq.br

ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença, constituiu-se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social. Trouxe, além da possibilidade, sem precedentes, de ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, a viabilidade de ressignificação das competências e ações profissionais. Pode-se observar que essa nova condição não decorre unicamente da ampliação da demanda reprimida e tampouco da expansão das funções desempenhadas tradicionalmente pelos profissionais no campo³ da saúde. Ao contrário, a adesão ao novo paradigma é que vai permitir aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a tensionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão. Dessa forma, o debate sobre as competências e ações profissionais no escopo da universalidade, integralidade e equidade em saúde não pode ficar circunscrito às demandas postas pela política governamental nos termos de suas prescrições e normas.

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo pensar as ações do Serviço Social considerando sua particularidade disciplinar no campo da saúde. Pretende discutir como a ação do assistente social se particulariza nesse campo ao reconstruir o objeto sobre o qual incide sua ação. No entanto, isso não significa fragmentar o exercício profissional em áreas disciplinares ou setores programáticos, como se fosse possível, por exemplo, um Serviço Social da assistência social, da saúde, da habitação ou, ainda, qualificado a partir de espaços sócio-ocupacionais. Em outros termos, o proposto é resgatar as implicações que a sedimentação do campo das ciências sociais em saúde, a partir de sua vertente marxiana, exerce sobre as ações dos profissionais, incluindo especialmente o assistente social.

Cumprе observar que hoje, no Brasil, o Serviço Social integra o rol das profissões de saúde, sendo reconhecido tanto

³ Considera-se que o “campo científico constitui um campo social como outro qualquer, com relações de força e monopólio, lutas e estratégias, interesses e lucros” (ALMEIDA FILHO; PAIM, 1999, p. 23).

no plano legal como através da legitimação social das suas ações profissionais. Isso decorre da ampliação do conceito de saúde, incorporando sua dimensão social e, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde. Esse reconhecimento é expresso na literatura corrente sobre o sistema **nacional de saúde** e a sustentação dessa posição no processo sócio-técnico da divisão do trabalho depende da clareza teórica e qualidade técnica impressa no exercício profissional. O alcance desses dois atributos contribui para impor o rompimento da clássica dicotomia teoria e prática e a busca da organização do conhecimento sobre a ação profissional relacionada ao seu objeto de trabalho.

As premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde. Isto posto, a discussão deste texto gira em torno da aproximação desse quadro teórico-metológico com o projeto ético-político da profissão, na direção da participação social, universalidade, e integralidade.

O Serviço Social e a organização do campo das Ciências Sociais em Saúde

As inovações constitucionais relativas à atenção à saúde no Brasil, intensificadas a partir dos anos 2000, contribuem para ampliar o debate sobre a atuação do assistente social no campo da saúde. Concorrem para colocar a atuação profissional em cena e as exigências da própria profissão que, ao responder positivamente

às demandas derivadas da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliam a visibilidade profissional no campo das ciências sociais em saúde. As ações profissionais até essa época, construídas sob o modelo da hegemonia médica, são ressignificadas e reconstruídas a partir do modelo instituído pela reforma sanitária e definido constitucionalmente.

De acordo com Nogueira e Mioto (2006), esse debate ocorre em um cenário configurado por três grandes marcos. O primeiro relaciona-se à concepção ampliada de saúde e a um novo modelo de atenção dela decorrente, incluindo a atenção à saúde como um dos pilares estruturantes dos sistemas públicos de bem-estar construídos no século passado (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999). A preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde amplia as pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras, sedimentando uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais nesse processo. Nessa linha de pensamento, além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, essa visão vem ocupando um lugar de destaque e se constituindo como um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas voltadas à promoção da saúde, esta acrescida de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

O segundo marco é que, atualmente, ocorre um movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde. Por essa razão, amplia-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que se observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. Fica evidente a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões (MIOTO, 2004). Esse movimento, se por um lado contempla aspectos positivos como a concepção de integralidade e intersetorialidade, por outro lado aguça o corporativismo que sempre caracterizou o campo da saúde. Trata-se de um movimento altamente complexo, não

apenas ancorado numa “tradição cultural”, mas vinculado às mudanças estruturais do mundo do trabalho, campo fértil para o acirramento de corporativismos e o fortalecimento da lógica mercantil que caracterizam a sociedade contemporânea (BRAVO, 2006; VASCONCELOS, 2006; COSTA, 2006; MIOTO, 2004a).

O terceiro é, paradoxalmente, a desqualificação pela qual vêm passando os aspectos relacionados ao social, desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas de saúde, em andamento, de âmbito nacional. Tal fato reforça a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente, sinaliza para uma visão reducionista da área e contrapõe-se à concepção ampliada de saúde. Assim, não é por acaso que os resultados das ações, entre outros motivos, são precários, de baixa resolutividade e, na análise de muitos, de alta irresponsabilidade (MIOTO, 2004; NOGUEIRA, 2003). Além da desqualificação do social, há um declínio ou uma redução acerca da concepção ampliada de saúde, o que talvez explique o fenômeno acima referido. Nesse sentido, a consigna do CEBES (2009) é fundamental:

é necessário, diante da questão da determinação social da saúde e da doença, realizar um esforço de interpretação teórica que se caracterize por um duplo movimento: 1) ter em conta a contribuição do marxismo e, se necessário, indicar onde este se mostra falho e parcial; 2) avançar nas dimensões conceituais e políticas dessa questão, bem como na análise de situações concretas com fundamento nessas diversas teorias críticas da sociedade.

A idéia da articulação do pensamento social na saúde não é recente, remontando ao início do século passado. Entretanto, a dimensão crítica do social na saúde aparece com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento sanitário brasileiro através da análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas. Desdobra-se em análises particulares, evidenciando a relação entre saúde e economia, saúde e trabalho, saúde e medicina e saúde e condições de vida, concretizando a idéia abstrata de saúde ou como

decorrente de um fator causal ou até mesmo multi-causal⁴. Esse andaime viabilizou o suporte teórico que subsidiou e estruturou, no plano do conhecimento, a reforma sanitária, conhecimento utilizado pelos sujeitos políticos na construção de um consenso inovador em relação à saúde-doença⁵.

Os profissionais de Serviço Social, no período de 1960 a 1970, centravam-se no debate interno à profissão, buscando consolidar a própria profissão e, ao mesmo tempo, iniciando um movimento radical visando romper com o pensamento conservador hegemônico. Possivelmente por esta razão não se aproximou do debate crítico em andamento nas ciências sociais e saúde (BRAVO, 2006).

O debate profissional, em seu primeiro momento, com a apropriação do viés althusseriano do pensamento marxista, provocou dois processos articulados – de um lado, a desqualificação das ações junto a indivíduos, famílias e grupos, sob o pretexto de serem conservadoras e reiterativas do *status quo*; de outro, pelo mesmo tipo de apropriação, a fragilidade na construção das mediações entre as teorias explicativas e suas expressões particulares devido ao mecanicismo metodológico.

Se a aproximação dos assistentes sociais ocorreu tardiamente na reforma sanitária⁶, seu ingresso encontra um campo teórico e político afinado com os ideais críticos e princípios éticos defendidos pela categoria profissional e a leitura mais acurada do pensamento de Marx.

A concepção da determinação social da saúde sustenta-se nas categorias de trabalho e reprodução social da vida, de tal

⁴ No Brasil, destacam-se o professor Luis Pereira e Cecília Donnangelo que, na década de 1960, inauguram uma linha de pensamento sobre saúde e sociedade, com diversos objetos de estudo sobre os quais se debruçam, entre outros, Sergio Arouca, Emerson Merhy, Bruno Gonçalves.

⁵ A concepção da determinação social da saúde-doença adquire centralidade no Brasil e México, destacando-se dois fatores contributivos para a sua sedimentação e espraiamento para outras disciplinas o fomento às pesquisas propiciado pelo CNPq e FINEP e, nos anos 1970, o papel da OPAS, a partir da Conferência de Cuenca, no Equador (NUNES, 1992,1994).

⁶ Verificar análise precisa de Bravo (2006) a respeito.

modo que as condições naturais, ambientais e biológicas aparecem subordinadas ou “filtradas” por essas categorias que fundam e estruturam todo o processo de análise. Portanto, um pressuposto filosófico aí implícito é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão “subsumidas” às características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico (CEBES, 2009). A lógica dessa concepção contrapõe-se à dos determinantes sociais da saúde, entretanto, é importante ressaltar alguns pontos para clarear o limite e a potencialidade estratégica dos mesmos.

O limite é apontado com rigor no documento publicado pelo CEBES, em fevereiro de 2009, intitulado *Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde* (2009), qual seja, o de considerar no mesmo patamar todos os determinantes, não destacando a primazia da determinação social a partir da conformação capitalista de organização social. A potencialidade estratégica da utilização dos determinantes sociais está em sua possibilidade de contrapor-se à exclusiva lógica biologicista e preventivista no campo da saúde, tensionando os aspectos sociais. Essa discussão está sendo retomada com vigor na América Latina considerando suas particularidades sócio-históricas atuais (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Essa breve digressão histórica vem a propósito de discutir a apropriação das categorias operacionais derivadas da apreensão da determinação social da saúde pelo Serviço Social e sua vinculação, quando seus profissionais atuam na “saúde”, a um campo do conhecimento que é o das ciências sociais em saúde. Entender essa vinculação é fortalecer as bases das ações profissionais, sem perder a especificidade disciplinar do Serviço Social. É o reconhecimento de que a ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo. Em outros termos, resgata o significado e relevância da ação profissional junto

aos micro espaços no setor saúde, contribuindo para “recheiar” o andaime construído pela reforma sanitária em suas dimensões política, teórica e operativa.

Nessa linha, há a exigência de se traduzir as premissas - necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde - através de dispositivos operacionais que, derivados da concepção anteriormente definida, sedimentam as ações profissionais em torno da atenção à saúde – integralidade, universalidade e participação social⁷. Servem para sustentar os eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio-ocupacionais relativos à atenção à saúde. Espaços em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, exigindo a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento.

Neste texto, considerando o aporte teórico-metodológico do Serviço Social, a integralidade é inerente à concepção ampliada de saúde. Dessa forma, ultrapassa a discussão tradicional que a circunscreve nos limites do setor saúde.

Pensar a Integralidade em saúde do ponto de vista do Serviço Social implica necessariamente considerar a categoria da totalidade como pedra angular na compreensão da realidade social e no desvendamento da mesma com as lentes apropriadas para tal (SCHEMMES, 2007, p. 94).

A integralidade é apreendida em várias dimensões, transitando da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito tanto à relação

⁷ O debate sobre a universalidade e a participação social tem sido um dos mais instigantes e ricos, possibilitando o trânsito entre estas categorias e as ações profissionais, razão pela qual não será abordado neste texto.

entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Em consequência, traz implícita a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Interdisciplinaridade - É necessário discutir a interdisciplinaridade resgatando suas determinações, decorrentes dos saberes e das práticas profissionais enquanto processos sociais e institucionais, construídos e reconstruídos no fazer diário.

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.6-7).

A interdisciplinaridade decorre de duas condições do processo civilizatório determinando a articulação entre ciências e disciplinas profissionais, na busca de um atendimento mais efetivo e eficaz às demandas da sociedade, especialmente na esfera da prestação de serviços – o avanço das ciências e a expansão histórica das necessidades sociais. O trabalho em equipe situa-se como uma das formas de dar maior rentabilidade às atividades, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais. Quando realizado por profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresenta algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto.

Outro aspecto indicado por Rizotti (1991, p. 12) que envolve o trabalho em equipe é o fato de ser realizado em um espaço institucional, no qual há submissão às normas e idealização sobre o trabalho. Ocorre com relativa frequência, em razão das hierarquias institucionais, um choque entre o arcabouço institucional e a

autonomia relativa dos integrantes da equipe, devido à necessidade de horizontalização dos seus saberes e das suas práticas.

A interdisciplinaridade apresenta, hoje, duas dimensões bem demarcadas, embora interligadas e interdependentes, com determinações e procedimentos diferenciados: a dimensão relativa à construção do conhecimento e a que se refere à ação interventiva, em outras palavras, uma que diz respeito ao universo epistemológico e outra à práxis interventiva⁸. Portanto, exige, para uma análise e proposições operativas, categorias analíticas distintas, construídas a partir de recortes da realidade, que são os objetos de pesquisa e intervenção.

Intersetorialidade - a intersetorialidade como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, visa a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (Junqueira JUNQUEIRA, 2004).

Para Junqueira (2004), a intersetorialidade pode ser concebida também como um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado. Ou seja, há a necessidade de integrar práticas e saberes, de modo a contemplar a complexa realidade e fazer frente a um Estado setorializado, permeado por poderes disciplinares e poderes de composições antagônicas, nos quais se destacam o quadro de arranjos políticos partidários, a verticalização e hierarquização, bem como os corporativismos. Tomando a intersetorialidade especificamente no plano da assistência à saúde, considera-se que ela permite a ressignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho. Assim,

⁸ Uma discussão mais aprofundada sobre a interdisciplinaridade em saúde pode ser encontrada em Mioto et al. (2007), Nogueira (1998), Pagaza (2004) e Rizzotti (1991).

a intersetorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde⁹.

Tendo como base os conceitos operacionais/ mediações sumariados acima, as ações viabilizam o direito social à saúde, permitindo transitar do discurso formal, ou ideologizado, para a concretude da realização. Como operar esse trânsito? O que significa incorporar esses conceitos mediadores a partir da lógica da determinação social do processo saúde-doença na prática profissional? Como operar a Política Nacional de Saúde entendida não como um dispositivo nela mesma, mas no interior de um marco mais amplo que se fundamenta na determinação social do processo saúde-doença, ampliando o conhecimento sobre o mesmo e qualificando as ações dos profissionais de saúde, especialmente dos assistentes sociais.

Ação profissional – a dimensão do saber e do fazer no campo da saúde

A inserção dos assistentes sociais no campo da saúde tem se realizado em todos os níveis de atenção à saúde e em contextos multiprofissionais. Tal inserção, de acordo com as observações de Nogueira (2003, 2003a) e Mioto (2007), tem sido marcada tanto pelos processos societários em curso como pela própria condição da profissão. Particularmente Mioto (2007) observou que a inserção dos assistentes sociais nas equipes de saúde, quando centrada na operatividade (ação profissional/tarefa), tende a reforçar as relações de subalternidade e consolidar estereótipos profissionais. Quando pautada, predominantemente, no nível teórico-discursivo e sem uma vinculação explícita do trânsito entre teoria/prática no debate corrente na área da saúde, a tendência é o ostracismo do profissional. Em ambos os casos o reconhecimento da profissão

⁹ Consultar sobre o tema “intersetorialidade” Fagundes e Nogueira (2008), Cezar, Mioto e Schutz (2008).

é sensivelmente diminuído, ao mesmo tempo em que se restringe o impacto que o projeto profissional poderia ter na articulação e na condução do trabalho da equipe (MIOTO, 2006; 2007).

Tais observações, somadas às preocupações relacionadas ao enraizamento do projeto ético-político, apontadas por inúmeros autores como Bravo (1996), Vasconcelos (2002), Costa (2000), Matos (2000), Mioto e Nogueira (2006), Nogueira (2003), e ao forte debate conduzido pelas entidades organizativas do Serviço Social no sentido da qualificação profissional, impelem ao aprofundamento da discussão da dimensão técnico-operativa da profissão, particularmente sobre as ações profissionais. Ou seja, reconhece-se a necessidade de adensar o conhecimento sobre a dimensão técnica-operativa, obviamente orientado pelo marco teórico-metodológico e ético-político da profissão e particularizado no campo da saúde¹⁰.

Diante disso, assinala-se o conhecimento como elemento fundamental na conformação dos destinos da profissão. De uma profissão que, ao longo das últimas décadas, tem se preocupado cada vez mais com a produção desse conhecimento dentro de significativa amplitude temática que, para Yamamoto (2004, p.11), é privilégio de uma categoria que trabalha “na transversalidade das múltiplas expressões da questão social”. Villa (1996), ao analisar as profissões sócio-sanitárias, indica que um dos fatores determinantes na consolidação de uma profissão é a consistência de seu *corpus* teórico. Para o autor, é esse *corpus* que funda a habilidade e a autoridade profissional ao lado de outros elementos, como o reconhecimento jurídico, a existência de um código de ética, a organização da comunidade profissional e o projeto curricular. Na mesma direção, outras produções do Serviço Social latino-americano têm demonstrado preocupação com o

¹⁰ Campos (2000), ao analisar o trabalho em saúde, propõe que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dê mediante a conformação de núcleo e campo. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

campo disciplinar do Serviço Social. Para Pagaza (2004, p.95), a materialização do projeto ético-político implica a construção da emancipação dos sujeitos sociais e, para tanto, é necessário ocupar lugares e posições profissionais através de uma perspectiva argumentativa clara, seja em termos políticos seja na produção de um conhecimento para direcionar as respostas profissionais.

Ao considerar a dinâmica do conhecimento, os projetos políticos em disputa na área da saúde, bem como o seu caráter interprofissional e interdisciplinar, torna-se urgente pensar que o desempenho profissional depende de uma produção teórica que dê sustentabilidade às ações profissionais, que aumente a capacidade e o poder argumentativo dos assistentes sociais para que possam marcar a contribuição do Serviço Social no trabalho em saúde. Nesse sentido, entende-se que as mediações entre as dimensões teórico-metodológica e ético-política da profissão e a sua dimensão técnico-operativa não podem depender apenas da capacidade individual dos assistentes sociais no seu exercício profissional.

Nessa perspectiva, a questão do conhecimento, que articula saberes e práticas na construção da identidade profissional, demanda efetivar mediações entre a realidade (o contexto sócio-econômico-político, as políticas sociais existentes e os contextos institucionais) e os marcos teóricos e metodológicos, bem como o descarte do risco de se pensar a prática a partir dela mesma e circunscrita a si mesma. Enfim, a prática como critério de verdade ou a definição de ações a partir de um campo teórico idealista. Portanto, o conhecimento sobre as ações profissionais pauta-se em um processo que parte do abstrato ao concreto sendo a síntese de múltiplas determinações (MARX, 1982). Esse debate ganha densidade na medida em que se sustenta nos avanços reconhecidos na produção do conhecimento da área do Serviço Social, notadamente os relacionados à concepção de direitos e cidadania social e políticas sociais.

As ações profissionais – aspectos ético-políticos e processuais

Postular as ações profissionais como emblemáticas na discussão do trabalho do assistente social decorre da compreensão de que elas nada mais são do que os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos em ato. Ou seja, expressam, no momento em que se realizam, a apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos presentes na profissão e no campo das políticas sociais em determinado momento histórico, alinhados a diferentes projetos societários. São as ações profissionais, materializando os projetos profissionais, que colocam os diferentes projetos societários em movimento e, portanto, unicamente podem ser compreendidas processualmente, além de definidas a partir do contexto no qual se realizam e se articulam. A articulação se mostra como uma característica fundamental do processo na medida em que, nesta concepção, não é possível pensar em ações isoladas ou descoladas de seus fundamentos.

Em torno dessa concepção, profissionais e intelectuais têm empreendido um grande esforço em direção a uma sistematização que possa contribuir para uma condução qualificada das ações profissionais, vinculada ao paradigma crítico-dialético. Portanto, considera-se que o *como fazer* é peça fundamental para a garantia de uma relação coerente e dialética entre pensamento e ação e, conseqüentemente, para consolidar e legitimar o atual projeto profissional. Nessa perspectiva, torna-se fundamental a apreensão dos elementos que constituem as ações profissionais e de como elas vêm se articulando historicamente no Serviço Social.

Ao tratar da ação profissional¹¹, Mioto e Lima (2009) consideram que ela contém diferentes elementos que, ao se

¹¹ A ação profissional define-se como um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais (MIOTO, 2001).

articularem, lhe imprimem direção e materialidade. Para as autoras, esses elementos se inscrevem em duas ordens distintas, que denominam de elementos condicionantes e elementos estruturantes da ação profissional. Entre os elementos condicionantes, são destacados o projeto profissional, a natureza do espaço ocupacional e as demandas/necessidades dos usuários: o projeto profissional, à medida que expressa os valores que condicionam a finalidade das ações profissionais; a natureza dos espaços ocupacionais, pois estes condicionam tanto a autonomia¹² do profissional como as formas e objetivos da ação; as demandas/necessidades dos usuários à medida que imprimem objetivos às ações a serem desenvolvidas. Além disso, agem como desencadeadoras da ação e funcionam como uma ponte entre os elementos condicionantes e os elementos estruturantes da ação profissional.

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

¹² Para aprofundamento da discussão sobre espaços profissionais e autonomia profissional, consultar Yamamoto (1999; 1994) e Couto (1999).

e de instrumentos operativos, conectados à matriz teórico-metodológica norteadora do exercício profissional. A *documentação* é essencial em todos os momentos, pois assegura o registro de informações e o caráter de continuidade das ações, possibilita a sistematização de dados empíricos e embasa o planejamento no campo profissional e institucional.

Além desses elementos, também são estruturantes da ação profissional, a saber: os objetivos¹³ – definidos a partir das demandas/necessidades dos usuários/sujeitos e do espaço sócio-ocupacional – e as abordagens para a aproximação com a realidade e com os sujeitos destinatários da ação. As abordagens se realizam através dos instrumentos técnico-operativos e de seus recursos. De maneira geral, podem ser identificadas abordagens coletivas, grupais e individuais. A escolha da forma de abordagem impõe a definição de instrumentos que as viabilizem, tais como a entrevista para a abordagem grupal, as reuniões para a abordagem grupal, os fóruns para a abordagem coletiva, entre outros. Ainda, são utilizados os encaminhamentos, ou ainda combinações desses instrumentos, como a visita domiciliar, a entrevista familiar. Como elo final desse processo de análises, definições e escolhas, escolhem-se também os recursos pertinentes aos instrumentos definidos. Por exemplo, para que uma reunião seja potencializada, enquanto instrumento da abordagem grupal buscando atingir os objetivos da ação, pode-se utilizar como recurso técnicas de dinâmica de grupo.

Em síntese, o assistente social, partindo das demandas postas pelos sujeitos, sejam elas de caráter coletivo ou singular, da finalidade assumida como horizonte para suas ações e localizado no seu espaço sócio-ocupacional, define tanto o objetivo como o caráter da ação a ser empreendida; e para a sua realização, define

¹³ Os objetivos não devem ser confundidos com as finalidades, estas se referem mais às diretrizes políticas gerais, à filosofia de ação. Para Mioto e Nogueira (2006), as finalidades apresentam as seguintes características: são abstratas, ideais, de longo alcance e estão mais ligadas a valores, não permitindo avaliação direta; enquanto que os objetivos são concretos, reais, de alcance em tempo determinado e estão ligados ao mundo dos bens e serviços, permitindo avaliação direta.

formas de abordagem, instrumentos técnico-operativos e recursos. Assim,

toda definição é realizada através da investigação e do conhecimento das necessidades da população, expressas pelas suas demandas e na realidade particular de suas condições de vida e em diálogo com o corpo de conhecimentos já produzidos sobre as particularidades das situações e coerentes com a matriz teórico-metodológica que direciona determinado projeto profissional (MIOTO; LIMA, 2009).

Diante disso, as autoras consideram que as ações profissionais condensam e expressam toda a formulação teórica, ética e técnica da profissão, e por isso reafirmam que não podem ser vistas de forma isolada. Ou seja, as ações profissionais se articulam em diferentes processos à medida que se aproximam ou se diferenciam entre si e que se direcionam à composição de diferentes níveis de respostas para as demandas colocadas aos assistentes sociais. Afirmam, ainda, o caráter intencional e não aleatório dessa articulação, sendo que a convergência entre elas se dá a partir da construção histórica da profissão, que se reflete na organização do campo profissional do assistente social. Portanto, tais processos podem ser apreendidos tanto no cotidiano do trabalho profissional como na própria lei de regulamentação da profissão. Com base nisso, postulam que o trabalho profissional se organiza através de três grandes processos, a saber: processos político-organizativos, processos de gestão e planejamento e processos sócio-assistenciais. Estes se particularizam no contexto das diferentes políticas sociais e orientam o trabalho do assistente social em relação à definição de ações em diferentes níveis. Visam contemplar o jogo dialético da singularidade, particularidade e universalidade no âmbito da ação profissional, buscando evitar, em todos os sentidos, o risco das fragmentações.

Em cadeia, os processos acima enunciados integram o processo coletivo de trabalho do assistente social, cujo fundamento encontra-se na lógica da cidadania social. Organiza-se em torno das necessidades de saúde quando a demanda decorre desse setor.

Tal organização abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito.

Nessa perspectiva, as ações profissionais estão atreladas à construção da integralidade e da participação social em saúde, através da integração dos três processos. Eles possibilitam o trânsito tanto entre os diferentes níveis de atenção em saúde quanto entre as necessidades individuais e coletivas, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão (MIOTO; NOGUEIRA, 2006; MIOTO; LIMA, 2009).

Em linhas gerais, os processos político-organizativos são configurados pela articulação de ações profissionais que tem a função de dinamizar e instrumentalizar os processos participativos, visando a construção de novos padrões de sociabilidade. São guiados pela premissa da democratização dos espaços coletivos e pela criação de condições para a disputa com outros projetos sanitários que não contemplem os valores postos pelos princípios éticos da profissão. Têm como princípio o respeito ao potencial político dos sujeitos envolvidos nesse processo, considerando as necessidades imediatas e aquelas de médio e longo prazo. Entre essas ações que compõem esse processo, destaca-se a mobilização e a assessoria. Estas têm o potencial de, efetivamente, viabilizar a concepção de promoção da saúde, à medida que podem contribuir na organização da população, enquanto sujeito político capaz de inscrever suas demandas na agenda pública. São sujeitos privilegiados dessas ações os conselhos de direitos e os movimentos sociais.

Os processos de gestão e planejamento correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no

planejamento de serviços sociais e para a sistematização das ações profissionais. Destacam-se, no âmbito da gestão e do planejamento, as ações, destinadas à construção da intersetorialidade. Elas implicam na criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, e constituem a base para o trabalho do assistente social e também da equipe de saúde. Compõem também esse eixo as ações de capacitação de recursos humanos que têm como objetivo ampliar a qualidade dos serviços e subsidiar sujeitos sociais para participar de diferentes instâncias decisórias e de planejamento em saúde. Ainda, devem ser mencionadas as ações voltadas à estruturação de bases de dados, alimentadas pelo processo de trabalho documentado (diários, relatórios, estudos, fichas) do assistente social.

Finalmente, os processos sócio-assistenciais reúnem o conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da atenção direta aos usuários nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares. De acordo com as autoras, eles visam responder as demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção da autonomia dos usuários no âmbito das relações institucionais e sociais. Isso se faz à medida que os remetem para a participação política em diferentes espaços, entre os quais se incluem as próprias instituições e serviços de saúde, os conselhos locais de saúde, os movimentos de base sócio-comunitária e os movimentos sociais na sua diversidade. Os processos sócio-assistenciais incluem ações de diferentes naturezas que, por estarem em constante interação, nem sempre são identificadas nas suas especificidades. Porém, ao identificar seus objetivos primordiais, é possível distingui-las e com isso aprofundar os marcos referenciais tanto com relação à sua execução e na interação entre elas. Através de uma observação mais acurada, é possível identificar pelo menos quatro delas: as ações periciais, as ações sócio-emergenciais, as ações sócio-terapêuticas e as ações sócio-educativas. As ações periciais têm por objetivo elaborar pareceres técnicos com a finalidade de subsidiar

a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços; as ações sócio-emergenciais visam atender as demandas que estão relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias (cesta básica, serviço funerário, entre outros) e de violação de direitos; as ações sócio-terapêuticas implicam em apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, particularmente em momentos críticos (mortes, recebimento de diagnósticos, acidentes), bem como a realização ou participação em ações terapêuticas, especialmente vinculadas à área da saúde mental; as ações sócio-educativas “consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para as demandas e necessidades dos usuários” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006). Assim, cada ação se estrutura a partir das demandas e necessidades dos usuários e se encaminha para que eles estabeleçam de maneira autônoma os trajetos necessários para alterar a situação de sofrimento que vivenciam, bem como alterar em longo prazo essa produção de sofrimento/carência no âmbito das relações sociais, ao remetê-los para a participação em diferentes espaços organizativos (LIMA, 2006).

A modo de conclusão

O texto apresentado recupera um debate no âmbito do Serviço Social fundamental para a consolidação do assistente social como um profissional da saúde. Destaca a importância da articulação entre o conhecimento e o exercício profissional como forma de adensar os nexos argumentativos no trato das necessidades sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde. Este adensamento abre possibilidade em três dimensões. Na primeira, amplia o conhecimento sobre as práticas do assistente social no campo da saúde nos parâmetros profissionais, favorecendo a inserção qualificada no debate da saúde. Na segunda, decorrente

da primeira, favorece igualmente os resultados esperados da ação em si, conferindo-lhe maior coerência e respondendo às demandas que lhes são postas nesse campo. E, **na terceira dimensão**, contribui para a materialização dos ideais da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Finalmente busca reafirmar a consigna, contida na epígrafe deste texto, de transformar as ações profissionais cotidianas em desafios teóricos e operativo.

Submetido em 03 de junho de 2009 e aceito para publicação em 30 de novembro de 2009.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. ; PAIM, J. S. . La Crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamerica. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosário, ARG, v. 75, p. 5-30, 1999.

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. _D. Los Determinantes Sociales de la Salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, v. 3, n. 4, 2008.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. *Revista Economia Contemporânea*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-123, 1999.

CEBES. *Rediscutindo a questão dos determinantes sociais da saúde* - Termo de referência para Seminário do CEBES. Digi, 2009.

CEZAR, C. A., MIOTO, R. C. T., SCHÜTZ, F. A construção da intersetorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL, 19., 2008, Salvador. 1 CD-ROM. ISBN 9788599447048.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 62, 2000.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R. O Princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. *Sociedade em Debate*. Pelotas, EDUCAT, 38, 2008.

IAMAMOTO, M. V. *Renovação e conservadorismo em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

JUNQUEIRA, L. A. P., INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/FORTALEZA.htm>>, Acesso em: 25 out 2004.

MARX, K. *Para a crítica a economia política: do Capital; O rendimento e suas fontes*. São Paulo: Abril Cultural, 1982 (Coleção Os economistas).

MIOTO, R. C. T. Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. *Projeto de Pesquisa*. Florianópolis: UFSC/CNPq, 2004.

_____. O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11., 2004a, Porto Alegre. *Anais do XI ENPESS*.

_____. NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303.

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

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

_____. A descentralização da saúde, atenção oncológica e estratégias de inclusão. *Katálysis*, Florianópolis, 2003a.

NOGUEIRA, V. M. R. A Importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. *Katálysis*, n. 3. Florianópolis, EDUFSC, 1998.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saude sociedade*, vol. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12901994000200002.

NUNES, E. D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, Londrina, n. 4, 1992.

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 75, p. 5-30, 1999.

SCHEMMES, P. F. *A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

RIZZOTTI, M. L. *O Trabalho em Equipe* - um estudo na área da saúde. Dissertação (Mestrado de Serviço Social) – (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.

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

VILLA, Tereza Cristina Scatena T. C. S.; MISHIMA, Silvana Martins S. M. A Enfermagem e o sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 1-2, 1996.

WIESE, M. L. Representação Social do Binômio Saúde/Doença e sua relevância para o Serviço Social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 8., 2002, Juiz de Fora - MG. *Anais do VIII Congresso Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 2002. v. 01.