

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 perspetiva 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.

