

A DIMENSÃO TÉCNICA-OPERATIVA NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO À POLÍTICA DE SAÚDE.

Nirciene Quintão de Assis Corrêa¹
Patrícia Fernandes de Oliveira²
Patrícia Gomes dos Santos³

Resumo

Este artigo tem como finalidade discutir sobre a importância da dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social e os desafios no cenário contemporâneo frente à atuação na saúde pública. A inserção profissional se dá na divisão sociotécnica do trabalho desenvolvendo atividade direta com a população que procura os vários serviços da rede socioassistencial. O profissional deve estar atento às demandas contemporâneas, compreendendo o arsenal técnico-operativo como expressão de sua opção teórica, materializando o seu uso com o propósito de garantir a execução de seu trabalho na direção da construção de relações democráticas e emancipatórias, pressupostos básicos para a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social, particularmente junto à Política de Saúde. É a articulação do arsenal de instrumentos com o conjunto de saberes que viabiliza a ultrapassagem de atuações emergenciais. Assim, o assistente social deve acionar uma racionalidade que permita desenvolver uma instrumentalidade inspirada na razão dialética, que seja capaz de construir novas competências e legitimidades, que permita ao profissional dar novas respostas qualificadas em oposição às tradicionais respostas instrumentais, de maneira comprometida com valores de uma sociedade emancipada.

Palavras-chave: Saúde Pública; Serviço social; Dimensão Técnico-Operativa.

Abstract

This article aims to discuss the importance of the technical-operative dimension in the work of the social worker and the challenges in the contemporary scenario regarding the performance in public health. The professional insertion takes place in the socio-technical division of the work developing direct activity with the population that looks for the several services of the socioassistencial network. The professional must be attentive to the contemporary demands, understanding the technical-operative arsenal as an expression of his theoretical option, materializing its use with the purpose of guaranteeing the execution of his work in the direction of the construction of democratic and emancipatory relations, basic presuppositions for the Effectiveness of the Ethical and Political Project of Social Service, particularly with Health Policy. It is the articulation of the arsenal of instruments with the set of knowledges that makes possible the overcoming of emergency actions. Thus, the social worker must trigger a rationality that allows to develop an instrumentality inspired by the dialectical reason, which is capable of constructing new competences and legitimacies, that allows the professional to give new qualified answers in opposition to the traditional instrumental answers, in a way compromised with values of An emancipated society.

Keywords: Public Health; Social Service; Technical-Operative Dimension.

¹ Mestre em Serviço Social pela UERJ, docente da Faculdade Única de Ipatinga.

² Acadêmica do curso de Serviço Social da Faculdade Única de Ipatinga.

³ Acadêmica do curso de Serviço Social da Faculdade Única de Ipatinga

Introdução

A criação de um sistema de saúde universal e integral, contrário ao sistema de clientela, rompe com o atendimento vinculado a contribuições individuais; institui uma organização política administrativa de organização da saúde; define a participação popular e participação complementar dos prestadores de serviços privados (BRAVO, 1996).

Com essa nova organização da saúde é necessário profissionais que tenham o foco primordial em debater, acompanhar e propor ações de prevenção aos usuários deste sistema. O assistente social é chamado a trabalhar nessa nova conjuntura política e através da demanda espontânea, o usuário busca seus direitos e orientações e, assim, é acolhido pelo profissional que o orienta e o encaminha para departamentos internos e externos. Desta forma, o assistente social faz atendimento individual, através de entrevista e também atende demandas espontâneas ou encaminhamento de outros profissionais (VASCONCELOS, 2001).

A nova conjuntura da política de saúde influencia o trabalho do assistente social em diversas proporções: “nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais” (CFESS, 2009, p. 23). Para atender tais demandas e não cair no conservadorismo, o assistente social necessita acionar vários instrumentos para efetivar sua prática, assim entende-se que os instrumentos e técnicas que norteiam as atividades profissionais servem de apoio para o estabelecimento e controle de determinados comportamentos sociais (TRINDADE, 2001).

O Serviço Social é parte do processo de reprodução social e sua prática que se desenvolve no interior da divisão sociotécnica do trabalho. As expressões da prática profissional dos assistentes sociais têm desenvolvido ações que possibilitam a compreensão dos elementos específicos que compõem um instrumento para o Serviço Social e suas particularidades no exercício profissional que é constituído pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (SARMENTO, 1999).

Para o desenvolvimento deste trabalho nos dedicaremos à dimensão técnico-operativa que não é neutra, ou seja, está atravessada pela “[...] dimensão ético-política e

esta, por sua vez encontra-se alicerçada em fundamentos teóricos” (GUERRA, 2012, p. 40).

Desenvolvimento

Entendendo a Política de Saúde como instrumento de trabalho do assistente social na atualidade, torna-se necessário uma discussão introdutória apresentando uma breve história de sua trajetória e como a mesma se configura nos dias atuais e quais os desafios e exigências postos ao trabalho profissional.

Acredita-se que uma atuação profissional voltada para a realização dos interesses da classe trabalhadora, assim como a mobilização social desempenhada pelos assistentes sociais contribuirá para o fortalecimento de classe e elevação intelectual dos sujeitos, para que estes construam uma nova sociabilidade, levando-se em conta os instrumentais que já construídos com a categoria profissional como possibilidades de mobilização (MIOTO, 2009).

A saúde deve extrapolar o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, tendo em vista, as transformações societárias, a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Outros aspectos que devem ser levados em consideração são os aspectos éticos, relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres do cidadão. “Nesse sentido é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade” (NOGUEIRA, MIOTO, 2006, p.13).

Com a eclosão da industrialização e com os inchaços das grandes cidades, houve um aumento significativo de doenças. A saúde transcendeu de serviços e tratamentos médicos para um olhar que leva em conta as transformações societárias. O capitalismo avançou requisitando a inserção de parcelas da população no mundo do trabalho e aplacou os rebatimentos na questão social⁴. Emergiu assim, a necessidade de apreender a saúde como produto da sociedade (NOGUEIRA; MIOTO, 2006)

⁴ Questão Social é o conjunto de problemas (políticos, sociais e econômicos) que surgiram na sociedade capitalista no momento em que a classe trabalhadora é reconhecida como classe política, sendo fruto do conflito capital X trabalho (IAMAMOTO, 2007).

No período de 1945 a 1964, os posicionamentos referentes à saúde pública eram vinculados aos problemas de desenvolvimento econômico e da pobreza, não existindo nenhuma constatação contrária, porém ocorriam inúmeras divergências e conflitos em torno do entendimento sobre as relações causais e ainda, sobre as estratégias políticas e institucionais de superação da doença e do subdesenvolvimento. Nessa época, o Estado somente combatia endemias rurais e as doenças transmissíveis, mobilizando recursos humanos e financeiros associados aos projetos e ideologia de desenvolvimento. As campanhas sanitárias se baseavam no combate das epidemias e ações de saneamento básico (BRAVO, 1996).

A partir de 1960 ocorre o predomínio do modelo médico com assistência privatista e em 1964, com o Golpe Militar, o Sistema Nacional de Saúde passou a ser caracterizado pelo predomínio das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica, que intervinha na direção da mercantilização da saúde. Com a redução nas campanhas sanitárias no período ditatorial aumentou o número de doenças infecciosas, que ocasionou uma saúde ineficiente e conservadora marcada com a repressão e a extrema pobreza.

Já em 1970, a saúde tinha enfoque curativo e a assistência médica era financiada pela Previdência Social. Alargaram os números de leitos hospitalares disponíveis, cobertura e em volume arrecadado. Os serviços médicos e das empresas privadas eram pagos por Unidade de Serviço (US) (BRAVO, 1996). Essa forma de pagamento se tornou uma fonte de corrupção e, possibilitando a construção e reformas de hospitais privados com o dinheiro público.

De 1970 a 1974, o desgaste com o modelo político, a concentração de riquezas e a permanente repressão gerou uma insatisfação popular e uma decisão de retirar o apoio ao regime militar. A classe operária juntamente com outros movimentos sociais⁵ (feminista, negros e outros) fomentou uma busca por melhorias relacionadas à habitação, transporte, ecologia, condições de saúde (BRAVO, 1996).

Na conjuntura de crise de legitimação do regime autoritário, caracterizada por alguns autores como distensão política, a ascensão do movimento operário e popular e de outros movimentos e organizações políticas de oposição já mencionadas contribuíram para o fortalecimento da sociedade civil e para ampliação do processo de negociação dos movimentos com

⁵ É uma ação coletiva de caráter contestador, em nível das relações sociais, objetivando a transformação ou a preservação da ordem estabelecida na sociedade (AMMANN, 1991, p.127).

Estado, na defesa dos direitos mínimos da cidadania. O Estado se viu obrigado a alargar as políticas sociais em face das demandas, que se multiplicaram em decorrência do nível de pauperização (absoluta e/ ou relativa) das classes trabalhadoras e consequente espoliação urbana (BRAVO, 1996, p.39).

A Política Nacional de Saúde enfrentou incessantes tensões entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade dos recursos financeiros. As ações da saúde eram voltadas para ações curativas e de caráter privado. A igreja católica foi uma grande aliada dos movimentos sociais. Em 1978, a igreja e movimentos sociais denunciaram a situação caótica da saúde pública e os serviços previdenciários de atenção médica e pediram a transformação da saúde e o fim da ditadura (BRAVO, 1996).

Em 1979, o Movimento Sanitário caracterizou-se por uma força política construída a partir da articulação de uma série de ideais contestatórias ao regime. E uma das estratégias para dar visibilidade a estas propostas foi instituir o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que foi um órgão responsável pela elaboração da revista *Saúde em Debate*, um dos principais veículos de discussão e informação. Outra fonte de visibilidade é a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que expressa o pensamento de saúde pública através do diálogo com os gestores da saúde e porta-voz dos pensamentos da comunidade científica (BRAVO, 1996).

Em 1980, a população, juntamente com os movimentos sociais, refletiu sobre a reformulação da política de saúde e questionou sobre a atual abordagem e o regime imposto. A saúde no Plano cruzado I e II⁶ incorporou novos sujeitos sociais em um debate sobre a melhoria das condições de vida da população. A participação e conscientização da população permitiram uma abertura política rumo a um governo democrático, surgindo então uma liderança organizada e fortalecida (BRAVO, 1996).

Nos anos 1980, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática

⁶ Em março de 1985, o novo governo deu sinais de que faria uma gestão de muita austeridade, tendo como objetivo principal a redução do déficit público, mas se arriscando em uma trajetória de recessão. Entre as principais medidas adotadas estão: a paralisação das operações de crédito dos Bancos federais por sessenta dias, o corte adicional no orçamento fiscal e a proibição de contratação de novos funcionários para a administração pública durante todo aquele ano. A demonstração de austeridade e o maior aperto monetário tinham um objetivo de curto prazo: inicialmente, dar tempo para a nova equipe de governo tomar conhecimento dos orçamentos e compromissos herdados do governo anterior, e, depois, manter um controle mais rígido dos gastos públicos no começo de governo visando passar uma imagem de conservadorismo e credibilidade, nos moldes do Fundo Monetário Internacional (RAMOS, 2004).

ocorreram principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população (BRAVO, 2001, p.8).

A saúde, na década de 1980, propagou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil e deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política (BRAVO, 2001).

A mesma autora ainda afirma que os partidos políticos de oposição começaram a colocar a temática de saúde em seus programas de governo e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a 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; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão dos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p.9)

Com a formação dos conselhos de saúde a população foi mobilizada para discussão de temas relacionados à saúde. Um dos fundamentais assuntos de discussão ocorreu na VIII Conferência da Nacional da Saúde (CNS), que foi realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986, em Brasília e apresentou os princípios da Reforma Sanitária. Este movimento contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, evidenciando modificações no setor da saúde que transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira para uma análise setorial e referindo-se à sociedade como um todo (BRAVO,1996).

Outro avanço possibilitado pelo Movimento da Reforma Sanitária foi a construção de uma saúde pública universal e também emergiu movimentos pela democratização da sociedade civil. Desmembrou-se a saúde da previdência e a saúde passou a ser considerada como resultantes das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade e outros (BRAVO, 1996).

Em 1987 criou-se o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade⁷, a regionalização, a hierarquização⁸ e a participação comunitária. O SUDS buscava garantir a viabilidade de direcionar recursos federais para os municípios, sem que tivesse explícita uma política de municipalização. Reestruturou a política de saúde, a partir de um desenho de modelo mais abrangente, justo, equânime e democrático.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 preconiza no artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi efetivado dia 19 de setembro de 1990, com a Lei 8.080, que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990, p.641). Esta é considerada a primeira Lei Orgânica do SUS e detalham sobre os objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção, gestão do SUS. Ainda relata sobre a competência e atribuições de cada nível (Federal, Estadual e Municipal). Estabelece a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento.

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais, princípios são a Descentralização,

⁷ Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados (FIOCRUS, 2016, p.1).

⁸ O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). O modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contra referência do paciente procura garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde - desde o mais simples até o mais complexo -, de acordo com as reais necessidades do tratamento (ZERBINI, 2016, p.1).

a Regionalização⁹, a Hierarquização e a Participação social (TEIXEIRA, 2011, p.2).

Logo foi aprovada a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Ainda institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação dos governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde se desfez do sistema de clientela e rompeu com o atendimento vinculado a contribuições individuais. Institui uma organização política administrativa de organização da saúde e definiu a participação popular e participação complementar dos prestadores de serviços privados (BRAVO, 1996).

Em 1991 foram criadas a Comissão de Intergestores Tripartite com representação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Ainda foi elaborada a primeira Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) e essas comissões vieram para fortalecer o SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2016).

Em 1993, foi publicada a NOB-SUS 93, procurou restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Estabelece níveis progressivos de gestão local do SUS e determina um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Além de definir os diferentes níveis de responsabilidade e competência da gestão. A NOB/93 permitiu iniciar a descentralização política e administrativa e inseriu a participação da população através dos Conselhos Municipais (BRASIL, 1993).

O SUS possui como diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Outro avanço que precisa ser destacado aqui é Programa de Agentes Comunitários Saúde (PACS) que surgiu no início dos anos 90, precisamente no ano de

⁹ A descentralização implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde no nível federal para estados e municípios. E a regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, 2011).

1991, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e instituiu a Política Nacional de Atenção Primária com caráter organizativo e substitutivo, com assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. O PACS conta com os seguintes profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, agente comunitário de saúde. Foi e ainda é uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como Estratégia Saúde da Família (ESF). A equipe da ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foi proposto pelo Governo Federal aos municípios para Implantar a Atenção Primária, onde visa reverter o modelo assistencial onde predominava o atendimento emergencial para um sistema de promoção e prevenção a saúde, sendo a porta de entrada para os usuários (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2016).

O SUS se organiza em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região da saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Estes pilares sustentam o modelo de atenção à saúde. O sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade: atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de meia de alta complexidade (SANTOS, 2011).

Em 1996, foi editada a NOB/96 que representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de Atenção. Para isso acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, e veio como incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o PACS e PSF (BRASIL, 1996), conforme citado anteriormente.

A NOB/96 ampliou o conceito de saúde, onde engloba a promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc. Fortaleceram-se as instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada - as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde. Realizaram-se as transferências do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB 96, com base na população e em valores per capita previamente fixados. Também foram criados novos mecanismos de classificação determinando os estágios de habilitação para a gestão, nos

quais os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996).

Vale ressaltar outro avanço no que se refere à implantação da Política de Saúde no Brasil, pós Reforma Sanitária, que refere-se ao papel do SUS na identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes¹⁰ da saúde; além da formulação de uma política de saúde destinada a promover, no campo econômico e social e prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Já em 2002, foi criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), que estabelece e dá ênfase no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2002). E, em 2006, foi instituído o Pacto pela Vida que é um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. O Pacto traz mudanças relevantes na execução do SUS em três dimensões: pela vida; em defesa do SUS e de gestão (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2016).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação à sua consolidação. A política pública é calcada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Há que se destacar que, contraditoriamente no mesmo ano em que houve a efetivação do SUS, 1990, o Brasil se insere no projeto neoliberal¹¹. Esse projeto trouxe uma construção de um novo modelo econômico e redefiniu a luta de classes. O

¹⁰ São as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham com os condicionantes tais como alimentação, habitação, saneamento básico, a renda, a educação e outros (BRASIL, 1990).

¹¹ “Se refere à forma como, concretamente, o neoliberalismo se expressou num programa político-econômico específico no Brasil, como resultado das disputas entre as distintas frações de classes da burguesia e entre estas e as classes trabalhadoras. Por fim, o modelo econômico neoliberal periférico é resultado da forma como o projeto neoliberal se configurou, a partir da estrutura econômica anterior do país, e que é diferente das dos demais países da América Latina, embora todos eles tenham em comum o caráter periférico e, portanto, subordinado ao imperialismo. Em suma, o neoliberalismo é uma doutrina geral, mas o projeto neoliberal e o modelo econômico a ele associado, são mais ou menos diferenciados, de país para país, de acordo com as suas respectivas formações econômico-sociais anteriores” (FILGUEIRAS, 2005).

neoliberalismo tem em sua base fundamental a recessão das políticas públicas e redução dos direitos sociais, o que se chama de ajuste estrutural¹² (SOARES, 2001).

A saúde padece com o rebatimento da Política de Ajuste, onde tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. O Estado, neste contexto, tem a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Desta forma, o neoliberalismo ocasiona um caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde com discurso da privatização e estímulo ao seguro privado (BRAVO, 2001).

É nesse contexto que o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) ficou deficiente como política social, devido ao desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos. Os princípios da integralidade não foram atingidos devido à não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais, ou seja, a indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado¹³ para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (CFESS, 2009).

Embora com esses rebatimentos, o SUS é um estímulo de nosso país para garantir o acesso a uma saúde universal aos cidadãos, mesmo sabendo que a saúde envolve vários indicadores das políticas econômicas e sociais (emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, etc.). “É inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO; 2016, p. 3).

Na atualidade é necessário que o profissional tenha a competência para propor e negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações. Com a inserção do Serviço Social nos centros universitários, iniciou-

¹² “São propostas e medidas econômicas bem como estratégias político-institucionais, que partem do entendimento do Neoliberalismo como um projeto global para a sociedade, com políticas articuladas, que não se limitam a medidas econômicas de efeitos conjunturais e/ou transitórios, trazendo consequências sociais graves e permanentes, muitas vezes de difícil volta atrás” (SOARES, 2001, p.171).

¹³ É contribuir para a formação no Brasil de aparelho de Estado forte e eficiente. Para que atinja esse objetivo perpassar por três dimensões: voltar à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado através da criação de novos formatos organizacionais, como agências executivas, regulatórias e as organizações sociais (PEREIRA, 2016, p.1).

se uma produção teórica, no qual, gerou em 1980, uma intenção de ruptura¹⁴ com o Serviço Social tradicional (BRAVO, 1996).

Assim, cabe ressaltar que o projeto de ético-político, juntamente com a Reforma Sanitária, permitiu que o assistente social refletisse sobre a sua prática profissional e começasse a produzir conhecimentos e estratégias na área da saúde.

Pode-se afirmar que, na maioria, o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar – pelo menos é o que está posto na sistematização escrita – um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético-político profissional e o da Reforma Sanitária. Ao contrário, foram os trabalhos que não realizavam reflexões sobre o cotidiano, os que conseguiram obter tal articulação (BRAVO; MATOS, 2004, p.11).

Dessa forma, vale ressaltar a necessidade de consolidar a ruptura deixando às práticas tradicionais para traz e “[...] fortalecer o projeto de ‘intenção de ruptura’ responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social (BRAVO; MATOS, 2004, p.14).

É nesse sentido que observa-se a articulação entre os princípios contidos tanto na Constituição Federal e legislação relativa ao campo da saúde como no Código de Ética dos assistentes sociais, “[...] profissionais que na prática cotidiana buscam continuamente ampliar e garantir direitos quanto aos serviços e ações de saúde à população” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006).

O projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2009).

Destaca-se que, diante dos desafios no cenário contemporâneo frente à atuação na saúde pública, o profissional deve pensar e realizar uma atuação competente e crítica, além de estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS. Outras dimensões que envolvem o fazer

¹⁴ Pretensão de romper com a herança do pensamento conservador (tradição positivista) e com os paradigmas de intervenção social (Reformismo conservador) (BRAVO, 1996, p.95).

profissionais estão relacionadas à busca de se conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença (CFESS, 2009).

O Serviço Social se insere na divisão social e técnica do trabalho da sociedade capitalista como interlocutor entre classe trabalhadora e Estado. E, seu fazer profissional deve operar a prestação de serviços sociais que atende a necessidades sociais e reproduzir a ideologia dominante (GUERRA, 2012).

O exercício profissional do assistente social tem em sua base três dimensões que orientam o trabalho profissional: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Essas dimensões colocam a possibilidade de entender o significado social da ação profissional – formativa, interventiva e investigativa (SANTOS, FILHO, BACKX, 2012). Nesse sentido, o assistente social deve buscar conhecer a totalidade da realidade social:

Parte-se do pressuposto de que o exercício profissional do assistente social, recebendo as determinações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa e respondendo a elas, consiste em uma totalidade de diversas dimensões que se autoimplicam, se autoexplicam e se determinam entre si. Tais dimensões, em razão da diversidade que as caracteriza, constituem-se “síntese de múltiplas determinações”, ou seja, caracterizam-se como unidade de elementos diversos, que conforma a riqueza e amplitude que caracteriza historicamente o modo de ser da profissão, que se realiza no cotidiano (GUERRA, 2012, P.39).

Essas dimensões permitem o assistente social pensar de forma articulada e orgânica. Quando o profissional reconhece a particularidade de cada uma, consegue entender o papel da teoria como possibilidade e permite refletir sobre a realidade indicando caminhos; estratégias; bem como o instrumento técnico-operativo que deve ser utilizado e como deve ser manuseado. “Implica, portanto, em pensar a relação que se estabelece entre teoria e prática, com as mediações necessárias para que a finalidade ideal, através da intervenção, possa se constituir em finalidade real e objetiva” (SANTOS, FILHO, BACKX, 2012, p.20-21).

A dimensão técnico-operativa é constituída dos seguintes elementos: as estratégias e táticas definidas para orientar a ação profissional, os instrumentos, técnicas e habilidades utilizadas pelo profissional, o conhecimento procedimental necessário para a manipulação dos diferentes recursos técnico-operacionais, bem como a orientação técnico-metodológica e ético-política dos agentes profissionais (SANTOS, FILHO, BACKX, 2012, p.21).

Guerra (2012) afirma que a dimensão técnico-operativa se constitui como profissão interventiva no âmbito da chamada “questão social”. O assistente social deve rever seus limites e possibilidades no contexto das respostas às demandas e requisições sócio profissionais presente na realidade social.

É na realização da dimensão técnico-operativa da profissão que o assistente social legitima e constrói uma determinada cultura, um *ethos* profissional. É através da mesma que o assistente social articula um conjunto de saberes, recriando-lhes, dando-lhes uma forma peculiar, e constrói um “fazer” que é socialmente produzido e culturalmente compartilhado ao tempo em que os vários atos teleológicos dos profissionais resultam na criação/renovação de novos modos de ser desta cultura. É no desenvolvimento da dimensão técnico-operativa que o profissional constrói, reproduz códigos de orientação e um conjunto de valores e normas (GUERRA, 2012, p.42).

Quando no exercício profissional não se articula o arsenal de instrumentos com o conjunto de saberes tende a reduzi-los a uma ação emergencial. Segundo Guerra (2012, p.65), “[...] corre risco de limitar-se a formar profissionais que dominam técnicas, os instrumentos, as habilidades do ‘como fazer’, pautada na justificativa das demandas do mercado de trabalho e na concepção e às atividades emergenciais”.

É necessário que o assistente social demarque o terreno sobre o qual se trabalha. Embora os princípios norteadores do projeto profissional estejam fundados na perspectiva da construção de outra sociedade, é nos parâmetros do capitalismo que se materializa a profissão. Desta forma, o profissional é chamado a prestar serviços que podem fortalecer o *status quo* ou atuar para criar outras formas de sociabilidade, que problematizem a organização da sociedade (COUTO, 2009).

Com as novas demandas para o Serviço Social, o assistente social necessita ativar um senso que permita desenvolver uma instrumentalidade inspirada na razão dialética, onde seja capaz de construir novas competências que legitime seu trabalho. Desta forma, o profissional pode dar respostas qualificadas e sair do pragmatismo¹⁵, comprometendo assim, com valores de uma sociedade emancipada (GUERRA, 2012).

Acredita-se que a realização da dimensão técnico-operativa facilita o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que

¹⁵ “O pragmatismo consiste numa atitude voltada para a solução de problemas imediatos, sem pensar e refletir as consequências teóricas e históricas desta ação imediata” (FALEIROS, 1986, p. 5).

descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2009).

É necessário ressaltar que a nova configuração da política de saúde impacta o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta que a classe trabalhadora é submetida (CFESS, 2009). O Serviço Social necessita qualificar ações que mobilizem e impulsionem novas maneiras de realizar a prática, principalmente, o Serviço Social na área da saúde, pois deve ter a saúde como direito universal e com controle social projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

O Assistente Social é um dos profissionais que na sua formação tem acesso aos instrumentais teórico-metodológicos para atuação junto à família, a grupo e à comunidade. E a experiência adquirida pela categoria ao longo da história permite identificar as demandas dos usuários e sua vulnerabilidade. Ainda possibilita através da interdisciplinaridade envolver outros profissionais para atuar na garantia de direito. No campo da saúde, o assistente social tem contribuído para identificar as causalidades e os fatores que incidem na qualidade de vida da população, na organização do controle social, no planejamento participativo e na educação em saúde (CAVALCANTE; ALBURQUEQUE, 2002).

O Serviço Social na saúde se organiza seu serviço em plantões, ou seja, trabalha de porta aberta. Existe uma demanda espontânea pelo usuário, em busca de seus direitos e orientações, este é ouvido pelo profissional que o orienta e encaminha para departamentos internos e externos. Também atende demandas espontâneas ou encaminhamento de outros profissionais (VASCONCELOS, 2001, p.6).

É neste contexto que as dimensões objetivas atribuem a materialidade do fazer profissional, é preciso considerar que as dimensões subjetivas, ou seja, identificar qual o modo profissional incorpora na sua consciência o significado do seu trabalho, os aspectos fazem da profissão, as justificativas que elabora para legitimar a sua atividade que orientam a direção social que transmite ao seu exercício profissional (RAICHELIS, 2010, p. 752). O Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na

prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. (CFESS, 2009).

O assistente social tem competência para elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009).

O assistente social deve possuir atribuições e competências profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2009).

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2009).

Com as novas refrações da questão social, os espaços sócio-ocupacionais do assistente social têm se expandindo, principalmente na área da saúde. O assistente social possui um trabalho interdisciplinar com os outros profissionais, tendo ângulos particulares de observação e na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2009).

Concorda-se que a prática profissional está sujeita às limitações impostas pelas instituições e que, para superá-las, o desafio é avançar na construção de ações profissionais que garantam autonomia profissional, enfatizando a unidade das dimensões da profissão, quais seja, teórico-metodológica, ética-política e técnico-operativa.

Conclusão

Este artigo teve como finalidade discutir sobre a importância da dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social e os desafios no cenário contemporâneo frente à atuação na saúde pública. O presente artigo vem possibilitar a reflexão sobre o trabalho do assistente social no cenário contemporâneo.

É necessária a construção do saber teórico, na profissão para coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas projetos na área de Serviço Social e planejar e organizar administrar programas e projetos em unidade de Serviço Social.

O arsenal de instrumentos são meios facilitadores que possibilitam ao assistente social refletir sua prática profissional, assim como viabilizar direitos em uma sociedade capitalista marcada pela divisão sociotécnica do trabalho. O Código de Ética profissional possibilita uma integração entre saber teórico-metodológico e a dinâmica do exercício profissional e os instrumentos utilizados. O assistente social é chamado a trabalhar com as necessidades advindas da exploração do trabalho, sendo criativo e propositivo e com práticas contrárias aos interesses do capital.

Este artigo não pretendeu esgotar este debate, pois acredita-se que temos muito para debater, articular e construir acerca desta temática. Certamente, esta discussão contribuirá para aprofundar as reflexões sobre os desafios que se colocam ao Serviço Social, na perspectiva de reafirmação de nossos valores, princípios e projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS

AMMANN, S. B. Serviço Social e Sociedade: Movimentos Sociais: unidade na diversidade. Ano XII. n° 36 - agosto 1991.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf> Acesso em abril de 2014.

BRASIL. Lei nº 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 da outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.**1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96. Brasília: MDS, 1996.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais.** RJ. Editora: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. RJ, 2004.

CAVALCANTE, A. H. ALBURQUERQUE, K. M. **O serviço social e a atenção primária.** SANARE - ANO III, N.1, JAN./FEV./MAR. 2002.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** In: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2009.

COUTO, Berenice Rojas. “Formulação de projeto de trabalho profissional”. In: CEAD, 2009. In CFESS. (Org.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009

FALEIROS, Vicente de Paula. Alternativas metodológicas da pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 12, n. 21, p. 5-17, ago. 1986.

FILGUEIRAS, L. **Projeto político e modelo econômico neoliberal no brasil: implantação, evolução, estrutura e dinâmica.** Faculdade de Ciências Econômicas (FCE) da UFBA. Bahia, 2005.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Introdução. 2016. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf> acessado em 13/06/2016>

GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa no Serviço social do exercício Profissional. In: **A dimensão técnico-operativa no Serviço social: desafios contemporâneos.** Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012

IAMAMOTO, **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo. Editora Cortez. 2007.

MATOS, M. C. Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. PUC / SP, 2009

MIOTO, Regina Célia. “Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias”. In CFESS. (Org.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009

NOGUEIRA, V. M. R. MIOTO, R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúdes- SUS e e as exigências para os assistentes sociais.[MIMEO].2006.

PEREIRA, B. **Reforma gerencial de 1995**. 2016. Disponível em<<http://www.bresserpereira.org.br/rgp.asp> acessado em 22/08/16>.

SANTOS, C. M. SOUZA FILHO, R. BACKX, S. “A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: questões para reflexão”. In: **A dimensão técnico-operativa no Serviço social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012

SANTOS, L. **O modelo de Atenção à saúde se fundamenta em três pilares: rede, regionalização e hierarquização**. São Paulo, 2011. Disponível em<<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. In: CEAD, CFESS/UnB, 1999.

SOARES, L. T. R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil**. Conselho Latino americano de Ciências Sociais. 2001.

RAICHELIS, R. A intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Revista Serviço Social**. São Paulo, nº 104, p.750-772, out/dez. 2010.

REIS, D. O. ARAÚJO, E. C. CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. UNA-SUS. UNIFESP. São Paulo, 2016.

TRINDADE, R. L. P. **Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais**. In: Revista Temporalis, nº 04, ABEPSS. Rio de Janeiro, 2001.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf acessado dia 14/06/16>

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2001. p. 242-272.

ZERBINI, F. **Hierarquização e referência e contra referência**. 2016. Disponível em<http://www.zerbini.org.br/servicos/atend_medic/atend_medic_sus_hierarq.htm acessado em 14/06/2016>

