

Condições do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde

Mestre Aurora Matias *

Introdução

As características do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde dependem de determinantes sociais comuns ao exercício profissional nos diferentes sectores de intervenção, nomeadamente, do facto de se tratar de um trabalho de natureza assalariada, sujeito a controle externo e dependente dos objectivos e necessidades das entidades empregadoras. No entanto, ao fazer parte da divisão sócio técnica do trabalho esse exercício sofre um processo de organização (ou desorganização) específico, de acordo com o sector em que se insere. Assim, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais em que se insere (ABESS, 1996,in, Costa, 2000).

A história da profissão é rica em ensinamentos demonstrando que alterações no projecto societário dominante, se reflectem nas condições do exercício profissional e, por outro lado, que o exercício profissional assume algumas características específicas de acordo com a área de política social e as características da organização em que ocorre. Com efeito, as nossas condições de trabalho estão estreitamente dependentes do projecto societário dominante, nomeadamente, da compreensão das necessidades sociais e das formas consideradas adequadas para lhe responder. Daí decorre o ordenamento das políticas sociais, das organizações sociais e seus objectivos, a disponibilização de recursos, a legislação, as técnicas de gestão que afectam as condições de trabalho e os procedimentos de diferentes profissões e suas interações, tendo em conta o seu estatuto e importância relativa em relação à obtenção dos objectivos das organizações em que se inserem (Payne, 2002). O nosso exercício profissional situa-se assim num contexto permeado por uma multiplicidade de forças que o influenciam e que em certa medida pode influenciar de acordo com o poder de que dispuser neste conjunto de interações. Esse poder depende fundamentalmente da capacidade da profissão responder com eficácia aos pedidos que são lhe são dirigidos e aos que consegue dar visibilidade, o que exige competências de natureza teórica, técnica/operativa e ético /política.

O Exercício profissional dos assistentes sociais na saúde

No sector da saúde o exercício profissional assume algumas características particulares que nos remetem para o Sistema Nacional de Saúde, as suas múltiplas actividades especializadas, saberes, habilidades que se organizam e mobilizam (vertical e horizontalmente) em unidades de serviços (hospitais, centros de saúde) utilizando determinadas tecnologias, equipamentos e procedimentos operativos. As unidades de serviços tanto ao nível da sua organização vertical como horizontal relacionam-se de forma complexa com as políticas de saúde, com as necessidades e exigências dos utentes, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos (Costa, 2000).

Segundo Carapinheiro (1993) existem nos serviços de saúde e particularmente nos hospitais uma dualidade de poderes, o poder burocrático e o poder técnico, considerando a profissão médica como a única verdadeiramente autónoma. Esta autonomia é sustentada pelo seu saber e competência técnica e especialmente pelo seu

contributo para a obtenção dos objectivos dos serviços, assumindo-se como agentes privilegiados nas organizações de saúde, subordinando a actividade dos restantes profissionais e condicionando a organização das suas práticas (Weisshaupt, 1986).

A inserção dos assistentes sociais na saúde é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades ligadas ao desenvolvimento da saúde e da prestação de cuidados num determinado momento histórico e sócio político (Costa, 2000). Assim, para melhor compreendermos a natureza dessa inserção parece-nos necessário referir algumas das características do Sistema Nacional de Saúde bem como as transformações que estão a ser introduzidas, por um lado, e, por outro, as características da profissão que têm concorrido para o reconhecimento profissional da profissão neste sector.

Nunca será demais repetir que o Sistema Nacional de Saúde permitiu concretizar o direito à saúde independente dos recursos e essa condição aliada à melhoria das condições de vida contribuíram para melhorar a saúde dos portugueses conforme evidenciam os principais indicadores de saúde (mortalidade perinatal, mortalidade infantil, mortalidade materna e esperança de vida), ocupando Portugal o 12º lugar no mundo no que diz respeito aos cuidados de saúde prestados à população. Apesar disso, existem lacunas, que não foram enfrentadas por sucessivos governos e que têm vindo a ser aproveitadas para o destruir e permitir o desenvolvimento da prestação mercantilizada de cuidados. Entre essas dificuldades referimos:

- A promiscuidade entre o sector público e o privado, em desfavor do sector público que tem sido parasitado pelo privado;
- A predominância do modelo médico curativo sem a devida atenção à promoção da saúde, bem como de uma cultura hospitalocêntrica com predominância do poder médico,
- A existência de grandes assimetrias regionais na distribuição de recursos e nos níveis de cobertura;
- A falta de articulação entre os vários níveis de cuidados;
- O domínio de grandes interesses privados especialmente na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, dos produtos farmacêuticos e de equipamentos biomédicos;
- A ausência de formas de gestão orientadas por critérios de qualidade e de eficácia, dívidas por pagar e crescimento rápido de gastos com medicamentos;
- O crónico sub financiamento do Sistema Nacional de saúde.

A estas dificuldades podemos acrescentar a questão para nós fundamental, por rebater negativamente na nossa intervenção, a desarticulação das políticas de saúde com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população.

Não tendo sido efectuadas mudanças que tivessem concorrido para ultrapassar estas dificuldades, temos vindo a assistir nos últimos meses a um reordenamento da prestação de cuidados, com base em princípios que visam restringir a comparticipação do Estado nas despesas, incentivar a construção e gestão de novas unidades, confiar a privados a gestão de unidades do Sistema Nacional de Saúde, aumentar a comparticipação dos cidadãos nas despesas de saúde, atribuir incentivos fiscais na compra de seguros privados de saúde, etc. Estas medidas já vinham sendo defendidas desde o início da década de 90 (SEDES/Porto, 1993, Antunes, 2000), porém só no actual contexto sócio político encontraram condições favoráveis à sua concretização.

A gestão de natureza empresarial que se começou a implementar em 34 hospitais, transformados em sociedades anónimas pode fazer-nos antever a natureza deste reordenamento, realizado em nome da equidade e da discriminação positiva dos mais pobres, do princípio do utilizador/pagador e da necessidade de conterem as despesas públicas. Neste reordenamento é desvalorizada a universalidade do acesso aos cuidados, predominando o controle dos gastos públicos e a repartição de despesas com os cidadãos, não se esperando que possa resolver as questões de fundo relacionadas com a saúde dos portugueses: **A necessidade de privilegiar políticas de prevenção, a melhoria do acesso aos cuidados a partir da base, a articulação dos vários níveis de prestação de cuidados e sobretudo a promoção da melhoria das condições de vida dos cidadãos.** Só nestas condições os hospitais e outras unidades de saúde poderiam funcionar mais racionalmente sem ser necessário recorrer a processos de exclusão que estou certa irão ocorrer neste novo reordenamento.

A intervenção dos assistentes sociais na saúde situa-se no centro da contradição entre necessidades e ausência de recursos, entre a racionalidade social e a racionalidade burocrática, entre a necessidade de integrar acções e a compartimentação das respostas, entre a concepção biomédica hegemónica e uma concepção integrada das dimensões da vida humana voltada para a prestação de cuidados de natureza preventiva/promocional, curativa e paliativa, articulados e adequados às necessidades de cada cidadão.

Sendo a intervenção dos assistentes sociais de natureza subordinada, procurando responder no quotidiano a necessidades emergentes de cariz simultaneamente económico, cultural e biográfico, o aumento de pressão sobre os profissionais neste novo reordenamento da prestação de cuidados de saúde, poderá contribuir para aumentar a nossa desprofissionalização por nos remeter sobretudo para o tratamento de situações que envolvem os mais excluídos e inaptos e que são incapazes de receber total ou parcialmente os cuidados disponibilizados pelas unidades de saúde. No dizer de Weisshaupt (1985) os que de alguma forma põem em risco a concretização dos objectivos e metas institucionais. Por outro lado, submetidos a regras emanadas de uma racionalidade tecnocrática seremos avaliados sobretudo por uma eficácia assente apenas na quantificação (altas tratadas, dias de protelamento de altas), deixando de ter importância o fortalecimento dos doentes e famílias para lidarem com a doença, o sofrimento e a morte, ou seja a dimensão subjectiva da nossa intervenção, o acompanhamento das situações mais problemáticas assim como o desenvolvimento de práticas tendo em vista a criação de novos recursos e direitos sociais na doença.

Neste quadro teremos ainda menos condições para tratar sistematicamente a heterogeneidade de situações que se nos colocam no quotidiano para apreender a sua unidade e significado e elaborar propostas para uma intervenção de natureza mais global. Poderemos assim correr o risco, no dizer de Netto (1992) de nos limitarmos à manipulação de variáveis empíricas deitando mão a conhecimentos de natureza diversa para obter alguma eficácia. Eficácia que, na opinião do mesmo autor, será sempre limitada no quadro da actual sociedade, não podendo ir muito além da racionalização de recursos, sempre insuficientes e de alguma redistribuição em favor de grupos que consigam, em determinado contexto favorável, ganhar visibilidade política.

As condições em que exercemos a nossa actividade na saúde, caracterizadas pela relação de subordinação à lógica e organização das práticas médicas, por um lado, e, por

outro, a própria natureza das nossas práticas, decorrentes da resposta imediata às questões que nos são colocadas, num contexto permeado por contradições profundas inerentes à relação de acesso/não acesso, contribuem para que as nossas energias se esgotem em respostas imediatistas, pouco reflectidas, dispersas dando do profissional uma imagem de aparente polivalência, como dizemos na gíria profissional “pau para toda a colher” que dificulta a diferenciação profissional e em consequência a produção de conhecimentos.

Estas limitações não são endógenas à profissão embora nos sejam cobradas e conduzam frequentemente a crises de identidade. Elas têm-nos sido impostas devido ao lugar que ocupamos na divisão sócio técnica do trabalho, no entanto, devido à nossa deficiente preparação teórica, técnico/operativa e ético/política, temos tido pouco poder para diminuir essa influência negativa.

Importa por isso reflectir como a profissão pode criar condições para se fortalecer e assumir um posicionamento crítico que lhe permita afirmar-se contra a degradação dos serviços que devem ser prestados à população, na área da saúde e contra a sua própria desprofissionalização. Sem pretendermos dar receitas mas antes sugerir pistas para reflexão conjunta, sugerimos a seguir algumas linhas programáticas:

- Melhorar a formação nas escolas, tornando-a mais crítica mas também mais operativa;
- Elevar o nosso conhecimento através da auto formação e da formação pós graduada;
- Desenvolver formas de organização do trabalho nos locais da prática, que potenciem o trabalho interdisciplinar em paridade, assente em normas explícitas, escritas e negociadas entre pares e com as hierarquias (rácios sobre doentes atendidos por assistente social, conforme a complexidade do trabalho, tempo necessário para preparar uma alta em situação de dependência bem como interações entre os profissionais, etc.)
- Criar/adaptar instrumentos de registo sistemático do trabalho para o podermos avaliar, sistematizar e realizar trabalhos de investigação;
- Sistematizar as nossas práticas e publicitá-las;
- Criar nos locais de trabalho espaços para o trabalho indirecto (registos, organização de recursos), para discussão de casos, partilha de informação e avaliação do trabalho, supervisão dos colegas da base da carreira;
- Envolver profissionais de outros serviços de áreas afins com quem trabalhamos regularmente e que por vezes só conhecemos pelo telefone e elaborar com eles protocolos de colaboração
- Convidar para as nossas reflexões sobre a prática, colegas que, pelas suas funções, estejam mais distanciadas para ajudar a romper ciclos viciosos em que nos deixamos enredar;
- Articular a produção de conhecimento das escolas e dos centros de investigação com os locais da prática;
- Apostar na utilização de estratégias de intervenção alternativas, de advocacia social e de “empowerment” e sobretudo ter uma paciência impaciente (Freire, 1990) já que não pode ser fácil trabalhar com pessoas que sofrem de múltiplas exclusões e cuja vida tem decorrido sem condições de dignidade (acesso a bens essenciais à subsistência e à

instrução e cultura) e sobretudo não os culpabilizemos porque elas são as vítimas das relações sociais injustas em que se fundamentam as “sociedades ditas civilizadas”

Bibliografia

- ANTUNES, Manuel J. (2000), *A doença da Saúde*, Lisboa, Quetzal Editores
- CARAPINHEIRO, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital*, Porto, Edições Afrontamento
- COSTA, Maria Dalva H. (2000), “O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (das) Assistentes Sociais”, in, *Serviço Social & Sociedade*, S. Paulo, Cortez Editora
- FREIRE, Paulo (1990), “A Critical Understanding of Social Work”, in, *Journal of Progressive Human services*, vol. 1(1), pag. 3 /9
- NETTO, José Paulo (1992), *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*, S. Paulo, Cortez
- PAYNE, Malcolm (2002), *Teorias do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto
- WEISSHAUPT, Jean Robert (org.) (1985), *As Funções Socio-Institucionais do Serviço Social*, S. Paulo, Cortez Editora

***Notas curriculares**

Maria Aurora Matias

Formação académica

1. Licenciatura em Serviço Social, Instituto de Educação e Serviço Social Pio XII, Luanda, 1972
2. Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Março 1999

Actividade Profissional

1970/75 - Assistente Social coordenadora de dois Centros Sociais em bairros suburbanos de Luanda e professora de Serviço Social de Grupo no Instituto de Educação e Serviço Social Pio XII, em Luanda;

1975/87 - Coordenadora do Departamento de Formação de Quadros da Secretaria de Estado dos Assuntos Sociais da República Popular de Angola, organizadora e formadora de Vigilantes para a Infância, de Alfabetizadores de adultos e de Auxiliares de Educadora. Formadora no curso de Educadoras da Infância;

1987/- Professora no ISSS de Lisboa, na Licenciatura em Serviço Social, leccionando disciplinas de Serviço Social;

1988/- Assistente Social no Instituto Português de Oncologia, Centro de Lisboa, em trabalho directo num Serviço de Oncologia Médica; formadora em cursos de Enfermeiros a nível de Graduação e de Pós Graduação; de Médicos a nível de Pós Graduação em Oncologia, de Auxiliares de Enfermagem e Administrativos do IPO;

1992/94 - Membro do Conselho Pedagógico do ISSSL;

1994/98 – Vice Presidente da Direcção do ISSSL;

1988/.. - Professora no Curso de Pós Graduação em Gerontologia, no ISSSL, leccionando a unidade temática “Cuidados a pessoas em fim de vida”;

Centro Português De Investigação em História e Trabalho Social - CPIHTS

1999/2002 - Gabinete do Utente do IPO e Comissão de Humanização;

2002/. - Membro do Conselho Pedagógico do ISSSL;

2002/.. – Participação na coordenação e professora no Curso de Pós Graduação em Saúde e Intervenção Social, no ISSSL, leccionando as unidades temáticas “Trabalho Social na Saúde – História e Desafios Actuais e “Cuidados a Pessoas em Fim de Vida”;

2002/..– Professora no Curso de Serviço Social da Universidade dos Açores (protocolo de colaboração com o ISSSL).

Publicações

- (1991), “As respostas Sociais aos problemas do Doente Oncológico, *Actas das Jornadas Serviço Social Doente Oncológico e Comunidade*, org. Serviço Social do IPOFG, 68 a 89.

- (1996), “Escolas de Serviço Social – Funcionamento democrático e aprendizagem da cidadania”, *Intervenção Social*, 13/14, 64 -74

- (1999), “ Gênese e Emergência do Serviço Social na Saúde em Portugal”, *Intervenção Social*, 20, 91- 115

- (2001), A Organização da Luta Social Contra o Cancro em Portugal, Abordagem Sócio Histórica, *Territórios da Psicologia Oncológica*, Maria do Rosário Dias e Estrella Durá (coordenação), Climepsi Editores

(2001), “Gênese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social no Instituto Português de Oncologia de Lisboa” *Intervenção Social* n.º 23/24, 53 - 62

-