Universidades Lusíada

Martinelli, Maria Lúcia

Serviço social na área da saúde : uma relação histórica

http://hdl.handle.net/11067/4192
https://doi.org/10.34628/989n-vt48

Metadados

Data de Publicação 2003

Resumo O artigo trata da relação histórica do Serviço Social com a área da saúde, evidenciando que a mesma é constitutiva de sua identidade profissional. Por outro lado, partindo da analise da concepção de profissão e de saúde situa a dimensão interdisciplinar dessa área e a sua natureza marcadamente interventiva. Os desafios para a construção de práticas efetivamente interdisciplinares, pautadas em projetos coletivos, são explicitados na finalização do artigo, em suas relações com as diferentes formas...

Palavras Chave Serviço social médico

Tipo article

Revisão de Pares no

Coleções [ULL-ISSSL] IS, n. 28 (2003)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T07:14:08Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

INTERVENÇÃO SOCIAL, 28, 2003: 9-18

Maria Lúcia MARTINELLI *

Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica

O artigo trata da relação histórica do Serviço Social com a área da saúde, evidenciando que a mesma é constitutiva de sua identidade profissional. Por outro lado, partindo da análise da concepção de profissão e de saúde situa a dimensão interdisciplinar dessa área e a sua natureza marcadamente interventiva. Os desafios para a construção de práticas efetivamente interdisciplinares, pautadas em projetos coletivos, são explicitados na finalização do artigo, em suas relações com as diferentes formas sociais de aparecer da profissão.

É bastante intensa a relação do Serviço Social com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é, na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva de sua identidade profissional.

Um breve olhar para o momento do nascedouro da profissão, nos Estados Unidos, no final do século XIX em sua transição para o século XX, vai nos permitir ver a combativa pioneira e criadora do Serviço Social, *Mary Richmond* (1861-1928), buscando formas e estratégias para bem realizar essa nova atividade profissional, por ela concebida como *uma operação essencial para a reintegração social do ser humano*[1].

A influência de Florence Nightingale (1820-1910), a fundadora da enfermagem moderna, foi tão marcante nesse período que Richmond muitas vezes a ela se referiu como uma pioneira do Trabalho Social. Valendo-se

*Doutora em Serviço Social. Professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC São Paulo.

da estratégia operacional por ela concebida no campo da enfermagem, das "visitadoras de saúde" (*health visitors*), Richmond vai trazer para o Serviço Social a visita domiciliar como possibilidade de realização da prática profissional. Desenvolvendo e ampliando a proposta de Nightingale, situa o relacionamento como a base de todo o processo, preparando os assistentes sociais, através dos Cursos que oferecia, para serem competentes "visitadores domiciliares" (*home visitors*).

Foi esse trabalho desenvolvido pelos visitadores domiciliares que deu visibilidade inicialmente ao Serviço Social nos Estados Unidos, havendo registros históricos de sua presença nas equipes de saúde antes mesmo de finalizar a década de 1880[2]. Em Nova Iorque, desde o início do século XX, os assistentes sociais vinham trabalhando com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose. Foi, porém, em 1905, que o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico de que se tem notícia, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets. Reconhecendo na ação do Serviço Social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, o Dr. Cabot considerou-o indispensável nas equipes de saúde. Sua tese ganhou muitos adeptos e, vários hospitais, iniciando-se pelo de Boston, passaram a demandar a presença daquele profissional.

O trinômio higiene, educação e saúde, que caracterizara o Serviço Social nas suas origens, deixou marcas bastante profundas em sua identidade e no modelo clássico de Serviço Social, no qual, segundo as palavras da própria Richmond (1950), *o relacionamento é a alma do processo*[3].

No Brasil, a expressão desse trinômio, bem como a forte vinculação entre o Serviço Social e a área da saúde, são muito presentes na história da profissão.

Embora a primeira Escola de Serviço Social tenha sido criada somente em 1936, na cidade de São Paulo, já no início dessa década vamos encontrar assistentes sociais realizando atividades profissionais na área, amparados pela incipiente legislação disponível, emanada da Carta Constitucional de 1934[4].

Foi bastante árdua, porém igualmente intensa e produtiva, a larga trajetória percorrida pelos assistentes sociais na área da saúde, construindo passo a passo a sua identidade na relação com os demais profissionais

que atuam nesse campo. No segundo pós-guerra, por volta dos anos 40, quando começa a implantar-se no país um novo modelo de saúde, no qual o hospital passa a ser o centro de referência da prática médica, o assistente social já era considerado um profissional indispensável na equipe. Ilustração clássica dessa afirmativa é o próprio Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado em 1945, que desde a sua origem contou sempre com a participação de assistentes sociais nos seus quadros.

Na verdade, nesses hospitais de alta tecnologia, onde se desenvolvem ações de ensino, pesquisa e prática médica, o médico não pode trabalhar só, nem sem equipamentos. Suas ações demandam crescentemente a ativa participação de outros profissionais, da própria área da saúde e das, assim chamadas, profissões sociais que se incorporam de modo cada vez mais intrínseco ao processo de trabalho, construindo identidades forjadas desde o início sob a perspectiva médico-social.

Sabemos que as profissões que trabalham com a realidade humano-social são configurações eminentemente dinâmicas que se transformam ao se transformarem as condições em que se deu o seu engendramento histórico. Sua identidade, nesta perspectiva, é um permanente movimento de construção/reconstrução crítica, pois as práticas profissionais por elas realizadas devem pulsar com o tempo e com o movimento.

Ao Serviço Social, como profissão participante da divisão social do trabalho e como forma de especialização do trabalho coletivo, este é um desafio que se coloca cotidianamente, não só pela abrangência de seu campo de trabalho como também pelo caráter multifacético das questões que incidem em sua área de ação.

Perguntar pela identidade é uma verdadeira exigência para todo Assistente Social que tem um compromisso ético-político com seu exercício profissional e com todos os que dele partilham.

Na área da saúde, onde há múltiplos saberes em ação, múltiplas identidades em interação, esta pergunta se transforma num verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de projetos coletivos, onde o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes criticamente enfermos, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe de trabalho.

Como as identidades são permanentemente históricas, instituintes,

verdadeiras *portas de vai-e-vem, que nunca estão inteiramente abertas, nem inteiramente fechadas*[5], plasmando-se no complexo jogo de forças sociais, torna-se indispensável ao Assistente Social, bem como a todo profissional eticamente orientado, estar sintonizado com seu tempo, procurando desvendar a lógica que preside a realidade social e institucional.

Por outro lado, no campo da saúde, uma área multidisciplinar e estratégica por sua própria natureza e que coloca de forma imediata a perspectiva da intervenção[6], os posicionamentos profissionais do Serviço Social e o seu processo de trabalho precisam ser muito ágeis e concretos. Na verdade, os Assistentes Sociais, assim como os demais profissionais da equipe são cada vez mais demandados a assumir-se como trabalhadores coletivos da saúde. O lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares.

Desde os anos 30 até os nossos dias, início de um novo século, de um enigmático novo milênio, o Serviço Social vem marcando de modo ativo e combativo a sua presença na sociedade brasileira como um todo e no campo da saúde, em particular. Como categoria profissional organizada, podemos dizer que os Assistentes Sociais participaram das lutas mais gerais em defesa da concepção de seguridade social pública, democrática e de cobertura universal, inserindo-se aí a saúde como um direito básico de cidadania, o que foi consagrado pela Constituição de 1988.

A partir do lugar social em que atuam, e do patamar da política de saúde em que se encontram, os Assistentes Sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia desse direito, trabalhando articuladamente com a população usuária na perspectiva de construir novas subjetividades, comportamentos políticos novos.

Sabemos que não se trata de empreendimento de fácil realização, pois a população que recorre aos serviços públicos de saúde, no geral, está exposta a um conjunto amplo de problemas sociais, sendo cada vez mais tênues os limites entre exclusão social e doença. Podemos até afirmar que o próprio processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças[7].

A diversidade de demandas que se coloca para os profissionais da área é tão ampla, que se torna imperioso reconhecer que o Serviço Social con-

temporâneo transita pelos meandros do público, do privado e do íntimo. As questões que nos são trazidas para enfrentamento estão relacionadas ao campo da intimidade, dos desejos, dos sentimentos, dos valores, com profundas implicações macrossociais.

Há, sem dúvida, um sofrimento psíquico que acompanha o processo de adoecer e esse reconhecimento é fundamental na relação que estabelecemos com os sujeitos, como o é, na mesma medida, a luta pela garantia de seus direitos de cidadania.

Esse permanente movimento entre direitos e proteção social é bastante constitutivo da identidade do Serviço Social, expressando-se nas diferentes formas sociais de aparecer da profissão, conforme se pode visualizar no quadro-síntese que segue:

FORMAS SOCIAIS DE APARECER DA PROFISSÃO

Quando aproximamos a análise para a realidade hospitalar e examinamos o quadro sob a ótica do Serviço Social em suas relações com as demais áreas, de imediato constatamos a intensidade de sua presença no cotidiano e na dinâmica sócio-institucional.

Se, num primeiro momento, somos levados a pensar que a área dos cuidados é a que nos mobiliza mais criticamente, expressando de modo típico a nossa identidade no âmbito do Serviço Social Hospitalar, não po-

demos deixar de considerar, após um olhar mais atento, o quanto essa área é crucial para os pacientes, seus familiares, para as próprias equipes, para a Administração do Hospital e, ainda, o quanto se inter-relaciona com as demais.

A rigor, o que realizamos na área dos cuidados guarda profunda relação com as políticas, com a gestão, com a produção de conhecimentos, enfim com o conjunto das áreas. Portanto, não é exagero afirmar que o Serviço Social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar. Contudo, pelas peculiaridades de que se reveste a sua ação interventiva no campo das relações sociais, e pela própria forma de ser de sua identidade, onde se articulam dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, o Serviço Social tem uma contribuição essencialmente importante na perspectiva da realização de processos de trabalhos interdisciplinares que tenham por referência os sujeitos sociais com os quais atuamos.

Para tanto, um dos primeiros requisitos é desenvolver a capacidade de visualizar a profissão como teia a ser tecida juntamente com os fios que a ligam às outras profissões, investindo permanentemente na construção de nexos interdisciplinares. Olhares múltiplos para a realidade devem interagir durante todo o tempo, tendo sempre presente o compromisso coletivo com os resultados. A interdisciplinaridade, nesse sentido, é um processo de ações, decisões e relações socializadas com os membros da equipe.

A capacidade de desenvolver relações de mutualidade, ou seja, de igualdade na diferença, de unidade na diversidade e de partilhar responsabilidades é verdadeiro imperativo ético e teórico-metodológico do trabalho interdisciplinar.

A ética no trato das informações, sua circulação no âmbito das equipes e a restituição ao sujeito, com o necessário apoio técnico-científico e como expressão de direito de cidadania, é também pilar importante na construção do trabalho interdisciplinar.

Na verdade, todos estes requisitos, entre si articulados e em permanente interação, ancoram-se na premissa básica para o Serviço Social e fundamental para o trabalhador coletivo da saúde, que é a centralidade do humano, expressa no reconhecimento da saúde como um direito básico de cidadania.

Uma consideração final a ser feita refere-se à área da produção de

conhecimento, ensino e pesquisa, formas sociais de aparecer da profissão fundamentalmente importantes para a consolidação de sua identidade.

No caso dos hospitais-escola, onde ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade devem se articular dinamicamente, esta área adquire especial relevo, ao mesmo tempo em que implica múltiplos e crescentes desafios.

Apenas para pensarmos na magnitude de tais desafios, lembremo-nos que os hospitais-escola que integram o sistema público de saúde são, no geral, hospitais de grande porte, destinados ao atendimento de pacientes de alta complexidade e muito freqüentemente convivendo com altos níveis de exclusão social.

Porém, até mesmo por um imperativo ético, precisamos nos exercitar cada vez mais no enfrentamento dos desafios, tendo presente que é também parte constitutiva da identidade do hospital-escola, a prática da pesquisa e a formação de profissionais tanto na área médica como na área social.

Se, para os Assistentes Sociais, em sentido geral, a pesquisa é indispensável para alimentar propostas inovadoras de prática, para quem trabalha em um hospital-escola ela é efetivamente indispensável, até mesmo no sentido de garantir ao profissional um debate qualificado com seus pares.

Um processo de trabalho bem realizado, uma prática profissional crítica, competente é capaz de produzir comportamentos políticos novos; para tanto, é preciso que o próprio Assistente Social tenha investido em sua formação continuada, tratando de ser um sujeito político novo[8].

Não haverá, no futuro, Assistentes Sociais competentes se não oferecermos hoje condições adequadas de estágio supervisionado para estudantes do Serviço Social. O estágio é, por excelência, o *locus* de aprendizagem do trabalho profissional. A atividade de estágio é trabalho e não mero treinamento, assim o afirma Joazeiro[9], e concordamos plenamente, pois ao situar o estágio como treinamento, como aprendizado repetitivo e vazio, roubamos subjetividade do estagiário, praticamente o expulsamos do cenário como sujeito, visualizando-o como alguém que está sendo "treinado" para fazer algo. O estágio é um espaço muito mais rico do que isto e o estagiário é um sujeito político, pleno de potencialidades. Com ele, tanto aprendemos quanto "ensinamos".

Finalmente, com relação à produção do conhecimento, à prática da pesquisa, é sempre importante enfatizar que a área da saúde, por suas ca-

racterísticas e por sua natureza interdisciplinar por excelência, reúne condições muito favoráveis à realização da pesquisa, seja pela via quantitativa, seja pela qualitativa ou, melhor ainda, pela articulação de ambas.

A pesquisa no campo dos significados atribuídos pelo sujeito ao processo saúde/doença, morte/vida, inclusão/exclusão é também uma fecunda possibilidade nesta área, como o é igualmente a pesquisa sobre recursos comunitários a serem mobilizados para fortalecer processos de inclusão.

Talvez, assim como Drummond, tenhamos que afirmar, com muita convicção,

Tenho apenas duas mãos
e o sentimento do mundo[10].

Que este "sentimento do mundo" nos faça avançar cada vez mais coletivamente, na prática da pesquisa e na consolidação do direito à saúde como condição básica de cidadania.

Bibliografia

BELFIORE-WANDERLEY, Mariângela et alii (orgs.) (1997). *Desigualdade e a questão social.* São Paulo: EDUC.195 p.

CHAUÍ, Marilena & SADER, Eder (1988). *Quando novos personagens entraram em cena:* experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo – 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 329 p.

DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos (1963). *Antologia poética.* 3.ª ed. Rio de Janeiro: Editora do Autor. 262 p

JOAZEIRO, Edna Maria Goulart (2002). *Formação no trabalho do estágio supervisionado em Serviço Social na saúde pública:* desafios.164 p.[Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo]

MARTINELLI, Maria Lúcia (2001). *Serviço Social:* identidade e alienação. 7ª ed. São Paulo: Cortez. 165 p.

MARTINELLI, Maria Lúcia *et alii* (orgs.) (1995). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.* São Paulo: Cortez. 172 p.

MINAYO, Maria Cecília (org.) (1996). *O desafio do conhecimento.* 4ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 269 p.

RICHMOND, Mary E. (1950). *Diagnóstico social.* Trad. De José Alberto de Faria. Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.455 p.

SANTOS, Boaventura Souza (1996). *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.* 2.ª ed. São Paulo: Cortez.348 p.

SAWAYA, Bader B. (1995). "Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora", *in* MANSUR, Silvia T. & SAWAYA, Bader B. (orgs.). *Novas veredas da Psicologia Social.* São Paulo: Brasiliense/EDUC.168 p.

Notas

[1] RICHMOND, Mary (1950). *Diagnóstico social.* Cap. I: Origens.

[2] Idem, *ibidem.*

[3] Idem, *ibidem.*

[4] Para detalhamento de estudos relativos a esse importante momento histórico e à legislação pertinente, veja-se MARTINELLI, Maria Lúcia (2001). *Serviço Social: Identidade e alienação.* Cap. III.

[5] SANTOS, Boaventura de Souza (1996). *Pela mão de Alice:* o social e o político na pós-modernidade, Capítulo 6: Identidade, modernidade e a cultura de fronteira.

[6] Sobre a concepção de profissão na área da saúde, ver a contribuição de MINAYO, Cecília (1996), em *Desafio do conhecimento*, especialmente na Introdução e Cap. I.

[7] Sobre exclusão social e processo de adoecer há uma ampla literatura a respeito. A título meramente ilustrativo, recomenda-se ver CASTEL, Robert & WANDERLEY, Luiz Eduardo (1997), em *Desigualdades e questão social*, e SAWAYA, Bader (1995), em *Novas veredas da Psicologia Social*.

[8] Sobre a concepção de sujeitos políticos novos, ver a importante contribuição de CHAUÍ, Marilena & SADER, Eder (1988), *Quando novos personagens entraram em cena*.

[9] Sobre a concepção de estágio como trabalho, ver a instigante e original contribuição de JOAZEIRO, Edna M. Goulart (2002), em sua dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Educação da UNICAMP.

[10] DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos (1963). Sentimento do mundo. In *Antologia poética*.