

O ASSISTENTE SOCIAL E A INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE¹

Andreya BARBERÁ
Lívia Oliveira GÁRCIA
Mikaelli Mokdessia de Alencar QUEIROZ²
Valderês Maria Romera³

RESUMO: Esse resultado de pesquisa teórica e da vivência em campo de estágio na área da saúde traz uma reflexão sobre o papel do Assistente Social nesta política. O objetivo dessa discussão é apontar a necessidade de estudos mais profundos a respeito desse campo de trabalho em nossa região. A política social de saúde, no Brasil, expressa a contradição de ser um direito social universal e de apresentar-se com serviços qualitativa e quantitativamente precários que não atendem patamares mínimos de saúde à população. A intervenção do Serviço Social nesta área sofre o rebatimento dessa contradição. Atuando com práticas individualizadas e fragmentadas, os assistentes sociais podem estar na contramão do projeto ético-político da profissão. Apontados alguns dos desafios principais consideramos que a educação popular em saúde, como um mecanismo capaz de promover a mediação entre usuários, profissionais, programas, projetos e serviços de saúde e, assim, construir novos níveis de participação social. Situamos de forma geral, no contexto de uma reflexão acadêmica, o trabalho do assistente social nesse processo.

Palavras-chave: Saúde. Intervenção do Assistente Social. Educação Popular.

INTRODUÇÃO

¹Artigo apresentado no III Seminário Integrado entre Oficinas Disciplinas e Estágio da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente - das Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente em outubro de 2007

² As autoras são discentes do 4ºano da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente.

³ Professora da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, das Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo. outubro de 2007.

Este artigo é fruto do processo de discussão do trabalho do assistente social em diversos serviços de saúde pública realizado durante a atividade de supervisão acadêmica considerando o estágio nesta área.

Por meio da metodologia da pesquisa bibliográfica e da vivência no campo de estágio objetivamos sistematizar a reflexão sobre o papel do Assistente Social na saúde, considerando o projeto ético-político como norteador do trabalho profissional.

Considerando o contexto acadêmico em que foi construído, esta reflexão tem por finalidade última trazer o debate sobre esse campo de trabalho profissional, incentivando pesquisas mais aprofundadas, em nossa região, que possam de fato constatar ou não as preocupações que levamos aqui.

Do ponto de vista da política de saúde discute-se que apesar de haver garantias constitucionais que a situe como um direito universal constata-se que embora o SUS esteja implantado em todo o território nacional, as condições de ofertas qualitativas e quantitativas de serviços são precárias em todas as regiões do país.

O Serviço Social embora com uma direção social que sinaliza aos profissionais a construção de ações de empoderamento e fortalecimento dos usuários, no sentido de sua emancipação e autonomia como sujeito social, tem se mostrado preso aos limites institucionais, no âmbito da saúde, objeto de nossa reflexão. A sustentação dos direitos sociais, outra direção do trabalho profissional, em muitos locais de trabalho, fica minimizada à orientação pontual e isolada na capacidade dos usuários darem continuidade à suas próprias demandas.

Embora sem dados que possam aprofundar essas constatações, a pesquisa bibliográfica nos permitiu delinear alguns desafios e alguns apontamentos, nos marcos do projeto profissional, para enfrentá-los. Apresentamos, assim a educação popular como uma prática social, a ser desenvolvida, não exclusivamente, mas de forma privilegiada pelos Assistentes Sociais para construir mediações entre a instituição de saúde, os diversos profissionais que atuam nela e a população usuária. Trata-se de uma estratégia que visa a construção de conhecimentos que possibilitem a ruptura de ações na imediatividade, e a maior consciência de como ocupar espaços para se fazer o embate dessa questão, como os conselhos.

1- A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A GARANTIA DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL UNIVERSAL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A organização da saúde pública no Brasil, como direito social universal, vai se consolidar na Constituição Federal de 88, entretanto, pode -se, historicamente, apontar que o processo de organização estatal deste setor teve dois marcos anteriores.

O primeiro é com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808, que ocasionou várias mudanças na administração pública, sendo uma delas na área da saúde, a partir da organização da Junta de Higiene Pública. Todavia, esta se mostrou pouco eficaz por atuar de forma focalizada e clientelista sem propiciar uma ruptura com os costumes anteriores, ou seja, os ricos buscavam assistência médica na Europa e a outra parcela da população, que não tinha condições financeiras, procurava o auxílio de curandeiros. Essa precária atenção pública à saúde da população, que perdurou por todo o período do império, intensificou a proliferação de diversas doenças infecto-contagiosas com alto índice de morte entre brancos, índios e negros. Nas primeiras décadas da república, pouco investimento e organização essa área recebeu.

O segundo marco pode ser constado no Governo de Vargas (1930-1945) quando houve um maior investimento e ênfase na organização da saúde pública, especialmente, como respostas políticas ao contexto econômico e social vigente. Neste período foi implantado o Ministério de Educação e da Saúde Pública que anunciava o compromisso do Estado em zelar pelo bem-estar sanitário da população. Pode-se dizer, contudo, que a política de saúde nessa época, tinha foco na vida produtiva da população e, em particular ao trabalhador urbano industrial e, ainda, uma viés elitista.

Segundo Bertolli (2000, p. 26):

[...] foram as elites econômicas que mais se beneficiaram: não só receberam, nos bairros onde moravam, equipamentos urbanos como água encanada, esgoto subterrâneo e serviços de luz elétrica, como também garantiam, nas áreas de indústria e comércio, condições minimamente saudáveis para a estabilidade e a eficiência das atividades produtivas.

As camadas mais pobres da população, ao contrário, continuavam a ter precárias condições de vida. Ao proteger o bem-estar dos ricos, a política de saúde relegava a segundo plano o restante da população que continuavam a viver em cortiços e a ser a maior vítima de enfermidades que se tornavam raras entre os grupos mais abastados.

O Estado fazia incentivar os serviços de saúde privados, por meio de doações e empréstimos a juros baixos para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais que vendiam seus serviços às pessoas e ao instituto de aposentadoria e pensões do próprio governo

Segundo Bertolli (2000, p. 38),

“[...] Apesar do presidente ser conhecido como “pai dos pobres” e declarar que cabia ao Estado preservar a saúde da população, na prática isso acontecia precariamente. Muitos brasileiros enfermos continuavam a morrer sem receber a ajuda médica necessária”.

A construção de uma Política de Saúde de direitos e definidora de novas relações entre Estado e Sociedade, somente, aconteceu na transição do período ditatorial para a democracia, nos anos 80, com o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantis e a participação da população das periferias e grandes dos centros, lutando em prol de melhorias na saúde. Foi elaborado um documento intitulado “Pelo Direito Universal em Saúde” afirmando o dever do Estado em se comprometer e viabilizar a saúde a todos os cidadãos independente de cor, raça, religião, gênero, idade, local de moradia, situação de emprego ou renda.

Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento à determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho na saúde. (VASCONCELOS, 2002, p. 76).

Em 1988, como um dos resultados do embate político entre diversos segmentos da sociedade que trouxe para cenário político a discussão do direito social foi aprovada a atual Constituição Federal, e no que se refere a saúde, esta foi alocada à Seguridade Social, junto com a assistência social e a previdência social. No texto constitucional ficou garantindo o seu caráter público e de responsabilidade do Estado, com base nos princípios: da universalidade, da equidade, da uniformidade da equivalência e da gestão democrática, descentralizada e participativa.

A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua proteção e recuperação. (Constituição Federal 1988 Art. 196).

A partir dessa Constituição da República, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias possibilitaram a viabilização do direito à saúde. Essas iniciativas, culminaram na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 e as Normas Operacionais Básicas -NOB, 8.142/90 editadas em 1991 e 1993, respectivamente e em as pelo Decreto nº. 99.438/90

As ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integrem o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal obedecendo ainda os seguintes princípios:

I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde a todos os níveis de assistência;

II- Integridade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos níveis de complexidade do sistema;

III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV- Igualdade de assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie; [...] (Lei Orgânica da Saúde, art. 7º apud Silva 1998, p. 109)

Em seguida foi regulamentado o Sistema Unificado de Saúde- SUS decorrente da lei nº 8.080/90, o qual é encarregado pela organização do plano regional as ações do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e dos serviços de saúde estaduais e municipais, tendo como base a universalidade, a equidade e a integralidade, e os serviços privados contratados ou conveniados (Oliveira; Silva; Silva 2004).

Os serviços devem ser para todos os cidadãos, independente de suas especificidades, e viabilizados conforme a necessidade de cada região tanto, para promoção, como para a proteção e a recuperação da saúde, promovendo o bem estar físico, mental e social.

Apesar de implantado e efetivado em todo o território nacional, conforme discute Vasconcelos (2002), o SUS não conseguiu superar as contradições existentes em relação assistência aos usuários, à precariedade dos recursos, à qualidade e quantidade da oferta de serviços na área de saúde pública. Um dessas contradições é consequência do projeto neoliberal, que questiona a cobertura estatal para a saúde, indicando o setor privado como mais eficiente e, nesta perspectiva o Estado passa a incentivar a promoção de parcerias, tanto com mercado, como com organizações da sociedade civil desresponsabilizando-se, principalmente, pela universalidade ao acesso.

A proposta neoliberal provoca no campo da saúde a dualidade e a desigualdade de acesso à saúde por intermédio, tanto de empresas privadas, como do setor público, configurando no sistema de saúde a chamada medicina supletiva, sendo seus maiores representantes os planos de saúde privada (Oliveira; Silva; Silva 2004). A população pobre é a maior prejudicada, pois, não tem condições financeiras para pagar pelos serviços advindos do mercado e quando vai à procura de serviços públicos, encontra uma gestão ineficiente na organização e na oferta de serviços, particularmente no que se refere aos exames médicos. Laurell (1997) apud Prado (2003, p. 19) afirma que:

A saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo, sem saúde, não há nem liberdade nem cidadania plena. Por isso, a garantia, a promoção e a prevenção da saúde, através da ação política e por meios de medidas universais e igualitárias, constitui responsabilidade ética da sociedade.

Desta forma, pode se constatar um movimento contrário ao texto constitucional, com a redução dos gastos, custeio e investimentos por recursos públicos. Por outro lado, verifica-se a cultura da gestão centralizada, na maioria dos municípios brasileiros, gerando um serviço de baixa qualidade e de difícil acesso à população.

Nesse atual contexto há uma manutenção da pobreza, quando doentes não conseguem trabalhar e prover o sustento da sua família. Fala-se, inclusive, de doenças resultantes das condições insalubres de moradia que afetam famílias inteiras, prejudicando principalmente, as crianças que são mais vulneráveis. Afirma Prado (2003, p. 15):

Comete um grande erro quem pensa que a saúde é obtida, apenas, através do combate às doenças. O clima, o tipo de moradia, a qualidade da água consumida, a possibilidade de tratamento higiênico dos dejetos domésticos, além de muitos outros fatores, influenciam e até determinam o padrão de saúde das populações.

2-A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA SAÚDE.

O Serviço Social atua nessa área desde os primórdios da profissão no Brasil, período em que as ações dos Assistentes Sociais eram individualizadas

e assistencialistas, buscando a integração dos indivíduos ao meio, inclusive institucional em detrimento de sua emancipação, correspondente ao contexto profissional e institucional da época.

A partir da década de 70, devido ao cenário econômico, político e social daquele momento o Serviço Social inicia o movimento de ruptura com o conservadorismo, e as práticas tecnicistas voltadas para a adaptação dos sujeitos. Começa-se a delinear um projeto profissional, de raiz crítica, pautado em conhecimentos teórico-metodológicos e posicionamentos ético-políticos, capaz de gerar intervenções que possibilitem mudanças nas realidades onde atuam os assistentes sociais.

Sob a perspectiva desse projeto profissional e o a configuração do quadro de direitos sociais, garantidos na Constituição Federal em vigor, em particular na saúde pública, o assistente social atua nesta área considerando-a como uma das expressões da questão social, portanto, situado em um espaço contraditório balizado por possibilidades e limites.

É compromisso ético-político dessa categoria profissional, em todos os setores da saúde pública que se colocam como campos sócio-ocupacionais, a sustentação do direito social à saúde, o que significa, minimamente, a defesa da oferta quantitativa e qualitativa dos serviços. Nesta direção a operacionalidade dos profissionais deve viabilizar ações que possibilitem o auto desenvolvimento e a emancipação social dos usuários desses serviços para que estes, ao longo do processo, passem de meros expectadores vitimados pela ineficácia do SUS à sujeitos sociais capazes de empreender embates políticos na defesa de uma saúde pública de qualidade. Que sejam capazes de participar das decisões institucionais nesse âmbito, especialmente por meio de mecanismos de controle social.

O trabalho do Assistente Social ancorado no projeto ético-político deve ser orientado para práticas educativas de abrangência coletiva, por meio das quais se ofereçam recursos para que a população usuária do SUS, possa ampliar a situação isolada de “usuária da saúde” assim como, a vazia condição de cidadãos portadores de direitos, que não se efetivam como prática social, e possam vir a ser sujeitos sociais que lutem por seus direitos.

A formação de sujeitos sociais constitui-se num processo histórico cuja base inicia-se com a tomada de consciência das condições de existência determinadas, por um lado pelas relações sociais de produção e reprodução da

vida econômica e social, inclusive a cultural e, por outro lado da atuação do sujeito social na reprodução desses contextos, ou na mudança dos mesmos. Trata-se de trazer à discussão, junto às coletividades com as quais se atua, tanto as relações sociais determinantes e dominantes na vida social, como as subjetividades que reproduzem ou processam rupturas nesse processo. É sob essa base que se insere a discussão da particularidade das práticas sociais de saúde.

A ação profissional balizada por essa direção social, não se efetiva na imediaticidade das instituições, programas e projetos no âmbito do SUS, deve, assim, ser desenvolvida imbricada às necessidades de respostas cotidianas. A proposição neste sentido é de ruptura com práticas antigas que buscam convencer, moldar, educar os usuários, cooptando as insatisfações geradas pela vivência dos problemas que mantém profissionais e usuários presos aos limites institucionais, muitas vezes inconscientemente. Segundo Vasconcelos (2002, p. 510) [...] não portam condições de articular dados da realidade a que tem acesso no cotidiano do trabalho e também não as valorizam, o que resulta na sua não sistematização, dificultando ainda mais a projeção e a priorização de suas ações [...]

Para melhor entendermos essa questão, é necessário discutir sobre as ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde, e o apontamento de possíveis situações que acarretem a não vinculação de ações voltada para a emancipação social de seus usuários.

Ressalte-se que a discussão a seguir, não é fruto de uma pesquisa, todavia tem como base a experiência de estágio nesta área, reflexões no processo de supervisão acadêmica, dados empíricos não formalizados, assim como leituras específicas, portanto, trata-se de uma primeira aproximação com os problemas vivenciados pelo Serviço Social na área, cujo objetivo é, apenas, uma reflexão acadêmica, no âmbito da formação profissional.

a) Plantão

O Plantão é um espaço em que a muitos Assistentes Sociais trabalham na área da saúde, sendo tanto nos hospitais, postos de saúde, maternidades, entre outros. Neste serviço podemos identificar dois problemas que podem se apresentar aos assistenciais sociais que acabam por induzir a uma intervenção na contra mão do projeto profissional e as questões acima discutidas.

O primeiro problema é a falta de uma organização física adequada para o desenvolvimento do trabalho em forma de processo. Nestes casos o trabalho com o paciente é realizado no leito, ou no balcão do plantão e o mesmo pode acontecer na atenção com seus familiares. A inexistência de um espaço físico adequado prejudica, principalmente ações nas quais deve-se respeitar a privacidade das pessoas, ações com grupos maiores, outras formas de atenção aos usuários dos serviços de saúde .

Outra situação é relativa às demandas que chegam para o Assistente Social. É comum, em muitos plantões, que as demandas apresentem-se ao profissional, como procuras espontâneas pelo próprio usuário, ou por encaminhamento de outros profissionais, funcionários da própria instituição, ou ainda por Assistentes Sociais de outros serviços. Geralmente, pela característica do plantão, não há uma ação que se antecipe às necessidades desses usuários, estes são atendidos individualmente, são ouvidos ou entrevistados e depois encaminhados para recursos internos e/ou externos à instituição.

Vasconcelos (2002, p. 169) afirma que os assistentes sociais sujeitos de sua pesquisa

[...] realizam basicamente orientações (previdenciárias, acidente de trabalho, programas assistenciais, quadro clínico do paciente internado); encaminhamentos (para recursos internos da unidade, inscrição nos programas, agilização de exames e/ou consultas médicas e para recursos da comunidade/ou institucionais, bolsas de alimento, passagem gratuita, recursos assistenciais, exames de alta complexidade, asilamento, apoio); e, em alguns casos, aconselhamentos. Estas ações burocratizadas, produzem uma atenção que não tem continuidade nem interna e nem externa a instituição.

A característica emergencial do plantão resulta que muitos assistentes Sociais não planejem suas atividades, não as organizem ou as sistematizem. Essas atividades ficam circunscritas a um fim em si mesma, e a pontualidade da necessidade expressa, pois são realizadas na imediatividade do indivíduo não atuando no que está implícito àquela necessidade.

b) Os diversos programas de Saúde

Os programas podem ter diversos objetivos, estruturando-se em função das categorias especiais de usuários que dependem do que é mais necessário ao local em que está inserido, variando segundo o contexto econômico, social e político, podendo atender adolescentes grávidas, idosos,

situações de violência intrafamiliar, abuso e exploração sexual infanto juvenil, entre outros.

Muitos desses programas têm sua atuação ao que está aparente, a perda de saúde, doenças crônicas degenerativas, ou situações emergenciais, cujas ações estão voltadas para a doença, em detrimento do trabalho preventivo ou da promoção da educação em saúde.

Os que têm preocupação em fazer uma ação preventiva, voltada para conscientização de seus participantes, acabam limitando seu trabalho somente para campanhas, tais como as de vacinação; outros se contradizem tendo o foco preventivo, mas ainda centralizam-se na cura das enfermidades, na relação médico-paciente; não tendo realmente uma atividade que promova a participação dos usuários na eliminação da questão originária dos problemas que afetam sua saúde. Estes são tratados como receptores, recebendo de forma alienada as informações e benefícios.

Isso acontece por diversos motivos, mas em sua maioria pelos limites colocados pela forma como se desenvolve a gestão da política de saúde no Brasil, priorizando efetivar programas de caráter clínico, pois em sua maioria os recursos financeiros são limitados a uma atividade no que está aparente, porque os resultados são mais visíveis e, dessa forma não se investe na educação em saúde.

Os profissionais da área, principalmente o Assistente Social, devem reagir a essa situação, não podem ficar acuados e submissos à essa ordem institucional. Considerando-se que esses são espaços contraditórios, entende-se que estão perpassados por potenciais de mudanças. Esses profissionais têm a competência teórico-metodológica e ético-política e técnico-operativa capaz de direcioná-los para uma prática social que eleve o meramente proposto nesse programas e possam fazer alianças com as populações usuárias desses serviços no sentido de re-significar as demandas.

Muitos profissionais podem alegar que não disponibilizam de tempo para realizar ou estrutura para realizar atividades coletivas, todavia este é o caminho necessário para que se possa criar o processo de mudança nesta área. Diante da subalternidade, historicamente, presente à essas populações, o trabalho individualizado, realizado em muitos serviços de saúde, não fortalece ou não empodera os usuários, para que possam alterar suas condições de vida e saúde. Segundo Vasconcelos (2002, p. 207);

[...] o usuário, isolado sem a presença de seus iguais, fica mais exposto, vulnerável subserviente ao controle, à privação de seus direitos, à subordinação, à discriminação, à opressão e à aceitação de qualquer ação de saúde, visto que, se por vezes reclama da falta de respeito e consideração no atendimento individualmente não tem condições de exigir e nem definir as ações de saúde necessária.

c) Demandas por alta hospitalar, remoção e comunicação do óbito.

Desde a inserção do Serviço Social na saúde essa demanda vem sendo dirigida à categoria, mas é um assunto polêmico porque muitos profissionais não reconhecem como um espaço de inserção da profissão, tendo a visão que é função médica.

Esse trabalho é importante, como um meio de garantir direitos, quando um paciente recebe sua alta ou remoção, muitas vezes tem a necessidade de outros serviços extensivos à cura de suas doenças ou para sua reabilitação, sendo o Assistente Social é um canal para encaminhar à outros programas para que de fato se atenda o indivíduo na totalidade de suas necessidades. O mesmo para a comunicação do óbito tem que ser feita em conjunto com o médico, para apoiar a família e orientá-la sobre o sepultamento, a possibilidade de algum seguro-acidente, entre outras providências.

Entendemos contudo que esta demanda tem que ser dirigida não somente ao Serviço Social, mas ao conjunto com outros profissionais, aproveitando esses espaços para tratar de questões relativas aos direitos e, principalmente, a relações de humanização.

d) Trabalho em equipe multiprofissional

O trabalho em equipe multiprofissional ou interdisciplinar é uma das alternativas para o enfrentamento das ações pontuais e práticas reiterativas na saúde, em particular na ruptura com o atendimento das demandas imediatas, ampliando as ações para as situações que estão implícitas às situações apresentadas, abrangendo o indivíduo em sua totalidade.

A priori a existência de uma equipe multiprofissional não é garantia de que o trabalho possa ser interdisciplinar e alçado por compromissos que venham a sinalizar ações inovadoras na saúde. Para se construir o trabalho interdisciplinar é

preciso superar as relações hierarquizadas verticalmente que impossibilitam a construção de ações coletivas, com fins comuns.

e) A particularidade do Serviço Social

Como percebemos os Assistentes Sociais envolvidos com a saúde devem buscar a ruptura com práticas de forma assistencialista e focalizada, reproduzindo os valores dominantes que prioriza a relação médico-paciente, ou seja, a cura das doenças. Deve ainda, reconhecer a instituição como um espaço contraditório de luta, para poder desocultar as relações de dominação, e estabelecer estratégias para enfrentar os limites impostos por ela.

Segundo Balint, 1966 apud Costa et al (1989, p. 148), “[...] muitas vezes a doença do paciente decorre das dificuldades de enfrentar a vida, a doença se constitui numa objetividade aparente, encobrendo outras queixas, outras insatisfações [...]”.

Faz se necessário uma ação que seja consciente que estude e se antecipe às a demanda em aliança com os usuários e de forma interdisciplinar. Segundo Vasconcelos (2002, p. 191),

Concomitantemente a este movimento, surge a possibilidade de exercício de uma participação social, individual e coletiva da qual podem resultar novos sujeitos sociais, com força de pressão, que redirecione os recursos e serviços de saúde na atenção as demandas, interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde [...].

A EDUCAÇÃO POPULAR UM MEIO PARA A ASCENSÃO SOCIAL

O Assistente Social deve utilizar a educação popular para superar o fosso cultural existente entre população e as instituições de saúde, criando espaços de diálogo entre os usuários e entre estes e aqueles que atuam nos programas e serviços de saúde. Pode-se construir canais para se estudar, traduzir e explicitar interesses, razões e significados simbólicos que se escondem por trás de diversas manifestações, não se limitando ao que está aparente, mas abrangendo aspectos culturais, políticos e econômicos que influenciam o indivíduo na capacidade de resposta as necessidades e desafios impostos pelo ambiente. Segundo Brandão (1984) apud Vasconcelos et al. (1999, p. 275) “O marxismo traz para a pesquisa em educação popular a preocupação em buscar,

de forma dialética, as raízes históricas e materiais dos fatos sociais, ressaltando sua natureza contraditória”.

Mas o que vem ocorrendo é que grande parte dessa educação popular se faz de modo onde se queira mudar a rotina do indivíduo para dinamizar as doenças, explicando com palestras as formas de prevenção, que acaba por fortalecer nos sujeitos a subalternidade e a educação integradora. Busca-se, por exemplo, torná-los limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e defecando em fossas sépticas, o que não tem muito impacto sobre muitos usuários que desconhecem esse diálogo distante de sua realidade. Apesar dessas ações entendidas como educativas os índices das doenças continuam a aumentar e os profissionais, por desconhecerem os meandros da verdadeira realidade dessas populações os culpabilizam por estar passando pela aquela situação.

A educação popular, em saúde deve ultrapassar a transmissão de idéias como se os usuários fossem receptores e criar espaços para que se possa debater e responder no sentido de que os sujeitos envolvidos possam receber e compreender o significado de um determinado discurso, concordando ou discordando com aquilo que está sendo dito, completando com suas idéias próprias e adaptando ao seu contexto de vida. Segundo Freire (1979) apud Vasconcelos et al. (1999, p.187):

[...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem [...]

Deste modo, o educador problematizador refaz, constantemente, seu ato cognoscibilidade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores crítico, também.

A melhor forma de construir as discussão seria por meio de oficinas e grupos, onde se debate sobre um determinado tema que vai puxando á um outro, juntos Assistente Sociais, outros profissionais e usuários, elaboram formas de enfrentamento das situações em que estejam envolvidos que tenham impacto em suas vidas. Com esse trabalho os envolvidos ganham maior consciência de sua existência, aumentando a participação em meios que possam fazer o embate político para a garantia de seus direitos propiciando a construção e difusão de um novo conhecimento que aponta para caminhos institucionais e organizativos mais adequados à superação da saúde atual.

Uma das instâncias de participação são os conselhos, desconhecidos pela maioria da população, como um espaço de luta e que pode ser ocupado por suas representações, e nele se fazer a problematização de suas necessidades e a fiscalização de programas e projetos. Estes espaços. Nem sempre são divulgados e ocupados porque ambos, população e profissionais subestimam a capacidade de usuários da saúde.

Outro canal seria a participação no gerenciamento do Sistema Único de Saúde que faz parte dos seus princípios, cabendo as organizações populares e suas lideranças papel central nesse processo, não somente para legitimar a instituição, mas realmente para ter um compromisso aos interesses dos usuários. Trata-se de fortalecer representações, a rede local e criar instâncias que preparem as pessoas para essa participação.

Com a ação sócio-educativa, percebe-se a possibilidade de aprimorar o conhecimento de todos os envolvidos nesses espaços, ampliando as formas de participação, problematização e do enfrentamento das questões relativas à saúde. Por fim, pode-se dizer que a educação popular, não exclusivamente, mas privilegiadamente, é um recurso que fica à disposição dos assistentes sociais para que possam ampliar sua ação junto aos usuários da saúde pública e que permitem ultrapassar a prática fragmentada e imediatista de muitos serviços nessa área.

CONCLUSÃO

Com esses apontamentos percebemos que a saúde em nosso país tem uma trajetória marcada pela contradição e desigualdade, pois sempre existiu a exploração de um grupo sobre o outro, apenas foram modificou-se a forma de sua manifestação. Um exemplo é o rebatimento dessa desigualdade nas condições sanitárias da população e os serviços prestados que não efetivam um patamar mínimo de bem-estar físico, mental e social.

O Serviço Social nesta área, reflete em muitos serviços e programas de saúde as condições contraditórias da relação usuário e instituição, entretanto impulsionado por um projeto profissional que aponta a direção de relações emancipadoras com a população usuária da saúde. Os assistentes sociais podem construir mediações entre a necessidade de respostas cotidianas presentes nos serviços em que estão inseridos e as necessidades reais da

população, entre outros, a educação popular pode ser um recurso potencializador dessas relações e para a preparação da população para ocupar espaços de controle social.

Diante das contradições presentes na política saúde, historicamente neste país, o trabalho coletivo é uma força a ser considerada para a superação de obstáculos e o enfrentamento dos muitos desafios que se colocam em todas as áreas dessa política. Esse trabalho coletivo entende-se como aquele resultante de equipes multi e interdisciplinares e suas ações junto às populações no sentido de construir novas relações e novas práticas sociais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATIE, E. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petropolis: Vozes, 1989. 2v.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia**. 2ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002

FALEIROS, V. P. **Saber Profissional e Poder Institucional**. 4ed. São Paulo: Cortez Editora, 1993

FILHO, C. B. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4ed. São Paulo: Ática, 2000

OLIVEIRA, V. L. B. de; SILVA, F. F. da; SILVA, R. F. da. **Limites e possibilidades encontradas na implementação do Programa de Saúde da Família no município de Presidente Prudente**. 2004. 65 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio de Toledo" Presidente Prudente, 2004.

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

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 3ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997

