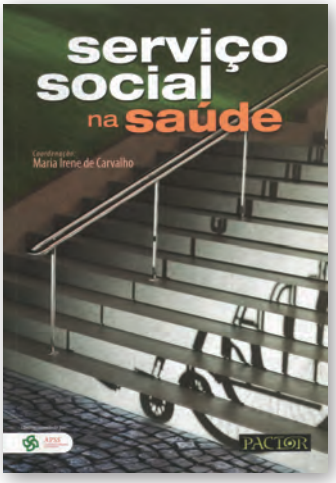
moura, 28/04/2013, 10.00 – 11.00.



SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Coordenação ▸ Maria Irene Carvalho
Editor ▸ Lidel (www.lidel.pt) (ISBN: 978-989-693-022-6)

« (...) A obra referenciada é aqui apresentada sob o título *Serviço Social na Saúde*. Reflete não só o "engenho" da sua coordenadora, mas também o seu empenho em contribuir ativamente para que o Serviço Social enraíze quer o seu desígnio no presente, quer o seu compromisso com o futuro. Traduz, ainda, o grande empenho demonstrado na sistematização de conhecimento na área profissional do Serviço Social na Saúde, com largas tradições históricas no percurso de vida do Serviço Social enquanto profissão. Tem como propósito fundamental ampliar a reflexão sobre o cânone da cidadania num campo de atuação profissional muito vincado por uma perspetiva de direitos que se sustenta num processo ambíguo, onde o termo benefícios subalterniza a dimensão ética do direito ao direito. (...)

A singularidade vivida neste presente social e político da sociedade portuguesa pelo Serviço Social na Saúde está diretamente interligada com o processo de disjunção ideológica do Sistema Nacional de Saúde, criado sob os auspícios de uma sociedade democrática que acreditava na Justiça Social. Este processo decorre da sintomática subalternização de uma política do reconhecimento do direito à proteção na saúde, a qual tinha sido outorgada como um compromisso de ética politica fundado na responsabilidade social pública de estimular a cidadania. Porém, os pressupostos onde se sustentou a relação entre cidadania e proteção na saúde e Serviço Social, por força da perversidade de todo um processo político de construção de direitos sem que estes fossem associados igualmente à construção cultural dos deveres, abriu espaço a uma forma de conflito entre direitos/deveres que produziu os seus efeitos sobre o conceito de cidadania.

Por força da dualidade criada entre direitos e deveres, a cidadania passou a estar sustentada numa relação híbrida e a ser representada de forma sincopada. Por sua vez, a não existência de uma simbiose efetiva entre direitos e deveres levou à vulnerabilidade dos direitos, tendo por argumento a questão de um não cumprimento de uma equidade nos deveres. Em nome da defesa da viabilização do sistema democrático representativo, iniciou-se, um processo penumbroso da relativização do conceito de cidadania. Esta estratégia de confronto entre o reconhecimento político do direito à cidadania e o acesso cada vez mais desigual à mesma desenvolveu uma crise na dimensão da universalidade da cidadania. Se, por um lado, este confronto gerou e gera desconforto social, por outro lado, desvincula grupos sociais de um acesso pleno ao sistema de proteção social na saúde no contexto de uma sociedade que se pretende assumir como organizada e comprometida com os direitos fundamentais e os objetivos do Milénio. Direitos e Democracia passaram, assim, a ser identificados como "duas margens de um mesmo rio".

Contudo, as transformações que se foram processando relativamente à relação instituida entre democracia, cidadania e segurança deram origem a uma dicotomia na forma como as potencialidades e os limites desta relação são conduzidos no controlo do exponenciar das desigualdades sociais que caracteriza o exercício político da democracia de baixa densidade. No presente, e muito em particular nas sociedades de desenvolvimento periférico, onde se integra Portugal, a densidade da sua democracia perdeu parte da substância de que se alimentava. Não só por falta de investimento numa cultura de autonomia, mas também por, no seu interior, se ter desenvolvido uma relação paradoxal entre o conceito de cidadania e a importância atribuída ao reconhecimento de grupos diferenciados. A estes dois fatores acresce ainda a subordinação criada pelo poder político, sob pressão de um atavismo no crescimento económico, a uma cultura politica que, para além de ser ambivalente no que diz respeito ao exercício da responsabilidade social, partilhando-a cada vez mais com parceiros privados se tornou igualmente pouco consistente perante a imagem de despriorização relativamente às políticas sociais. Consequentemente, a redução do papel do Estado no controlo de crescimento das desigualdades sociais fez perder a importância atribuída ao processo de inclusão social, passando a ser realçada a política de integração. (...)

Especificamente no que diz respeito à politica de saúde na atual sociedade portuguesa, e pese embora ter sido inegavelmente atingida pelo processo de dessincronização da relação temporalmente constituída entre cidadania, direitos sociais e responsabilidade governamental, por força da construção cultural de um conceito de saúde como um todo, onde saúde implica ausência de doença e doença ausência de saúde, desenvolveram-se dois mecanismos de intervenção na área da saúde, os quais se singularizaram por: privilegiar a ausência de doença por via da prevenção e da educação para a saúde e por poder responder aos danos sociais individuais e familiares gerados pela doença. Se um dos mecanismos pressupõe uma intervenção de cariz educativo alicerçada num projeto pedagógico e formativo, o outro desenvolve ações que aliam gestão da necessidade de cuidados médicos a respostas sociais que reduzam os danos ou o impacto da doença no contexto de vida dos indivíduos ou dos grupos. Estamos a falar de intervenções preventivas e paliativas, onde a articulação com o exercício da cidadania pode ter atributos passivos ou ativos, mas não existe se não for socialmente e politicamente equacionada enquanto um direito e não enquanto um benefício.

Percecionada enquanto benefício e não como direito, a proteção à saúde desenvolveu-se como uma estratégia emergente na sociedade industrial, severamente marcada por grandes epidemias de cólera, entre outras, e por crescimento desmesurado de doenças infetocontagiosas. Como direito e não benefício, constituiu-se como um produto político e cultural da sociedade contemporânea e assumiu-se um processo inteligível de controlar a segregação e descriminação, com origens históricas no controlo das grandes calamidades associadas, entre outras, à peste negra e à peste branca, designação habitualmente atribuída à tuberculose no princípio do século XX.

Apesar dos longos séculos passados sobre a discriminação nas doenças como meio de controlo das mesmas, a substituição da sua diabolização pela sua divinização simbólica promoveu simplesmente a sua estigmatização e não a sua trivialização. Simultaneamente, criou grandes dificuldades aos higienistas sociais do século XIX na sua afirmação como uma força motriz de aplicação de conhecimentos com a finalidade de reduzir a perspetiva fatalista que envolvia a situação de doença associada à pobreza, assim como para pôr em prática o seu projeto de recuperação da vitalidade da força de trabalho necessária à reprodução do sistema económico.

Este movimento, com origem nos países mais industrializados, foi em Portugal liderado por nomes sonantes ligados à Medicina Social, tais como: Ricardo Jorge, Bissaya Barreto, Magalhães de Lemos, Santos Silva, Júlio de Matos, Pulido Valente, entre outros.

A Medicina Social constitui-se como escola do pensamento médico que defendia a tese de que a prevenção da doença era um meio de promover a saúde. O exercício social da prevenção da doença como processo de controlo da mesma pode igualmente ser explicado à luz do pensamento de Giddens, tendo em linha de conta as suas teorias sobre as consequências da modernidade, as quais se particularizam pelas transformações profundas produzidas, quer a nível dos comportamentos, quer dos hábitos e formas de vida.

Neste contexto de necessidade de assegurar a qualidade da força de trabalho e igualmente do processo produtivo, o relacionamento social com a doença sofreu inegáveis transformações Se, por um lado, se defendia a saúde através das campanhas de educação social, que tinham como finalidade criar no terreno hábitos de higiene social, por outro, encaminhava-se os doentes para tratamento em instituições vocacionadas para o efeito, especificamente, os hospitais. A dimensão do conceito de tratamento ampliou-se no contexto das guerras mundiais que assolaram o continente europeu.

Paradoxalmente, a associação entre prevenção e tratamento da doença como meio de preservar a saúde tornou-se significativa no âmbito do processo de institucionalização e desenvolvimento dos centros sociais. Estas novas alternativas institucionais emergentes no século XIX, a partir das quais se implementavam projetos de intervenção comunitária em zonas socialmente mais degradadas e de grande saturação populacional, promoveram um papel crucial no controlo das doenças infetocontagiosas junto das populações mais vulneráveis do ponto de vista económico, social e físico. A utilização de campanhas de informação e de educação para a saúde consubstanciavam uma estratégia que pretendia transfigurar a doença como fator de risco que podia fazer perigar o bem-estar colectivo e, de forma muito especial, a reprodução da força de trabalho.

Este trabalho de educação para a saúde iniciado a partir dos centros sociais comunitários abriu espaço para o surgimento de novas profissões sociais (...). Por sua vez o Serviço Social criou como seu espaço de intervenção profissional a acção sobre o meio e as condições de vida que fragilizavam a condição física dos habitantes das zonas sinalizadas e participava ativamente nos estudos epidemiológicos sobre as doenças de grande impacto social.

Nesta medida, pode-se entender que muitos dos autores clássicos do Serviço Social definam a área da Saúde como das áreas mais ancestrais da intervenção profissional do Serviço Social. Curiosamente, nas suas raízes surge essencialmente associado ao exercício da intervenção na saúde de cariz preventivo, mais do que na vertente curativa ou mesmo paliativa, onde se passará a situar depois da extinção ou redução para níveis equilibrados das doença infetocontagiosas.

Foram, efectivamente, a I e II guerras mundiais que abriram o espaço hospitalar ao exercício profissional das assistentes sociais. Neste contexto, o seu trabalho não integrava a vertente educativa, mas sim o exercício da integração social dos mutilados e de apoio aos familiares, quer em termos de ajuda assistencial, quer naquela que, nos nossos dias, é conhecida por intervenção psicossocial, especialmente quando integrada nos serviços de cuidados continuados ou paliativos.

Nasceu assim o Serviço Social na área da saúde. Se num primeiro momento mais centrado na área da prevenção da saúde do que especificamente no apoio à Medicina Curativa, progressivamente passou a criar um vínculo mais efetivo com a Medicina Curativa e Paliativa.

Em termos do seu quotidiano e aquando da sua emergência no campo da Saúde, o Serviço Social desempenhava profissionalmente a difusão de informação e a avaliação da situação social de todos quantos necessitavam de ajudas sociais para assegurar um estádio mínimo de sobrevivência económica e social.

No seu precurso a longo da sociedade pós-moderna, e sem que ainda se tivesse centrado numas cultura de direitos, a atuação do Serviço Social foi mantendo como universo alvo os pobres com problemas de saúde e que mais dificuldades apresentavam em ter acesso ao uso e recurso dos serviços de saúde, mas sempre desenvolvendo a sua atuação sustentando-se num exercício profissional não segregativo nem tão pouco discriminatório.

Este eixo não discriminatório e de ajuda aos que apresentam mais dificuldades em recorrer aos serviços de saúde mantém-se ainda na sociedade contemporânea. Não pelo facto de o conceito de cidadania se ter expandido de tal forma que tenha anulado os processos de "não inscrição" na sociedade, mas sim pelo facto de os grupos residuais continuarem a colocar-se numa posição de subalternização relativamente ao sistema político e social. Portanto, a existência social destas franjas de população que se mantêm

fora do sistema justificam o exercício das práticas assistenciais como meio de assegurar uma rede mínima de apoio aos sem-abrigo, toxicodependentes e prostitutas. Mesmo perante a transfiguração ideológica do acesso aos serviços de saúde, na intervenção profissional em meio hospitalar ou de instituições de suporte à área hospitalar, tais como os cuidados continuados, o Serviço Social continuou a preservar uma cultura de humanização na relação dos seus profissionais com todos os que são vítimas da desconsignação política do conceito de cidadania gerada pela crise do Estado de Direito.

Nesta medida, o Serviço Social de Saúde constituiu-se como eixo axial de um exercício não discriminatório e produz-se, presentemente, como meio de defesa da relegitimação do direito de cidadania por parte de todos quantos se sentem ameaçados nesse Direito. Se no passado se serviram dos diagnósticos sociais para criar objetividade nas suas decisões de ajuda, estas mesmas ajudas económicas e técnicas, permanecem e, deste modo, a utilização do diagnóstico social para efeito de sinalização de problemas preserva a sua pertinência enquanto ferramenta de trabalho.

Independentemente de toda a dinâmica de destradicionalização das práticas profissionais do Serviço Social na Saúde, paradoxalmente recuperam a importância de actuação promocional na saúde especialmente centrada a partir dos cuidados primários. A valorização desta vertente promocional não invalida o exercício assistencial não discriminatório, mas cria um muito mais profundo, o qual se prende com o reconhecimento efectivo de que a equidade não sirva de pretexto para a segregação social dos que, por motivos de ordem exógena, possam ver limitados não os acessos, mas as condições para poderem ter acesso ao Sistema Nacional de Saúde.

Assim, se partirmos da premissa de que o Serviço Social, especificamente na área da saúde, não alterou substancialmente a sua relação sincronizada com o exercício não discriminatório da ajuda ao doente e seus familiares, podemos compreender que a sua postura profissional esteja, no presente, sincronizada com a cultura de cidadania. O exercício da ajuda social apresentava-se como o processo mais comprometedor, com o reconhecimento universal dos mais carenciados à utilização dos serviços e apoios que, na prática, colmatavam as situações vivenciadas pelos mais pobres face à diferenciação social existente. Agiam no sentido de reduzir os riscos de descoesão. Por sua vez, a simbiose criada entre democracia e cidadania, subjacente à dinâmica onde se foi sustentando a mudança de paradigma societário, conduziu o Serviço Social, e em particular o português, a reconstruir politicamente o conceito de equidade, retirando-lhe toda a aura simbólica que envolvia este conceito, passando a conceber o acesso ao consumo de serviços de saúde como direito resultante da condição de cidadão. »

(do Prefácio da Profª Doutora Helena Mouro, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra)