

Maurílio Castro de Matos

Cotidiano, Ética e Saúde:

O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à
criminalização do aborto

Doutorado em Serviço Social

PUC / SP

São Paulo, 2009

Maurílio Castro de Matos

Cotidiano, Ética e Saúde:

O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à
criminalização do aborto

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social sob orientação da prof^a. Dra. Maria Lúcia Silva Barroco.

São Paulo, 2009

Banca Examinadora:

Agradecimentos

Escrever uma tese, conforme muitas pessoas já se referiram, é tanto um exercício individual, que exige concentração, uma ação por natureza solitária, como também é fruto de um processo onde pessoas e instituições contribuíram, de maneira decisiva, para que a elaboração da tese aconteça. Durante a elaboração da tese contei com o apoio de diferentes pessoas e instituições, que nesse período foram importantes. Assim, correndo o risco de algum esquecimento, quero registrar aqui os meus agradecimentos.

Pelos princípios e bases, é fundante que eu registre meus agradecimentos a:

- Aos meus pais, *Carlos* e *Regina*, pelo incentivo permanente da importância dos estudos. Sem eles, sem os livros pela casa e sem suas brigas para que eu estudasse quando criança, essa tese talvez não existisse. Nesse rastro também agradeço a minha família: *Marcílio, Márcia, Lúcia, Thiago, Gabriel* e *Juliana*.

- A *Maria Inês Bravo*, mestra desde a graduação, presença doce e permanente na minha formação. Obrigado pelo carinho, pela disponibilidade permanente do seu conhecimento e pelo incentivo de sempre.

- A *Lúcia Barroco*, mestra, minha orientadora, obrigado pelo incentivo, pela riqueza da nossa convivência e pelo aprendizado nessa caminhada.

- A *José Paulo Netto*, mestre, o professor com quem mais disciplinas cursei em todas as etapas formais – graduação, mestrado e doutorado –, que me marcaram profundamente.

Para as condições concretas, que não significam serem apenas formais, para a realização da pós-graduação, destaco os agradecimentos:

- Ao Programa de Estudos Pós-graduados da PUC/SP, especialmente às professoras *Regina Giffoni, Carmelita Yazbek* e *Maria Lúcia Carvalho* pelo aprendizado, bem como a *Kátia*, secretária do Programa.

- Ao CNPq pela bolsa concedida durante o doutoramento e a CAPES pela bolsa que possibilitou o estágio de pesquisa no exterior.

- Ao Departamento de fundamentos teórico-práticos da Faculdade de Serviço Social pelo investimento na minha formação com a liberação de carga horária para o doutoramento.

- À Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias que também investiu na minha qualificação e me liberou para o doutoramento. Neste processo contei com o apoio, carinho e a torcida especial de *Lúcia Regina Cruz* e *Denise Vaz*, colegas de profissão.

- A professora *Alcina Martins*, minha orientadora no estágio de pesquisa no exterior realizado no ISMT, em Coimbra, pela orientação e acolhimento. Também agradeço a professora *Fernanda Rodrigues* pelos debates em aula e pelo carinho dispensado. Importante também destacar o enriquecimento que tive com os professores: *Alfredo Henriquez*, *Adelaide Malainho*, *Rosa Tomé* e *Sónia Guadalupe*. Relevantes também foram os contatos estabelecidos com profissionais assistentes sociais atuantes na saúde, especialmente com *Fátima Corte-Real* e *Fátima Xarepe*, todos de Portugal.

- A Maternidade Alfredo da Costa, onde realizei um estágio em Portugal.

- A toda a equipe de Serviço Social do Hospital (o qual preferi não indicar) onde realizei a pesquisa no Brasil e um agradecimento *muito especial* às assistentes sociais que me concederam as entrevistas.

E no campo do carinho, também importante para as condições de realização da tese, quero registrar os seguintes agradecimentos:

- Aos amigos que realizei no doutoramento: *Ana Livia* (que desde a seleção conto com a amizade), *Janaína Bilate* (que me falou da sua seleção para doutorado, me deu força e depois nos tornamos amigos), *Vera Núbia* (minha companheira de casa em Sampa), à *Luciana Melo* (nos reencontramos após militância no movimento estudantil) a *Cristiane Konno* (outro doce reencontro), a *Cristina Brites*, *Milene Secon*, *Clarissa Andrade* e *Rodrigo Teixeira* (pela amizade que aqui começamos) e a *Fernanda Almeida* (companheira no doutoramento na PUC, na nossa casa em Portugal e na vida).

- Ao *Juca* e *Marta*, extensivo a sua família, por terem sido uma referência para mim enquanto estive em Portugal. Pelos mesmos motivos agradeço a *Regina* e ao *Nelson*.

- Aos amigos da vida e companheiros de profissão: *Rodriane Oliveira*, *Marco Cruzeiro*, *Elaine Behring*, *Ivanete Boschetti*, *Kátia Rodrigues*, *Maria de Fátima*, *Kênia Augusta*, *Juliana Menezes*, *Marcelo Braz*, *Cheila Queiroz*, *Gabriela Lema*, *Andréa T. Moraes*, *Alessandra Mendes*, *Mione Sales*, *Valéria Forti*, *Cleier Marconsin*, *Mary Jane*, *Ana Vasconcelos*, *Yolanda Guerra* e *Carlos Montañó*. Pelos risos e pela interlocução.

- Ao *Jefferson Lee* pela indispensável crítica e apoio na elaboração dessa tese. Fundamental.

- Aos outros amigos também importantíssimos: *Érika Santos, Érika Araújo, Ló, Mirella Amorim, Leila Braile, Clarissa Menezes, Simone, Letícia Rocha, Marcinho, Roquinho, Anna, Maria, Rita de Cássia, Maria de Fátima, Elaine Monteiro* e ao *Fábio* pela companhia e incentivo, obrigado a todos que indiretamente deram suporte para a realização desta tese.

- Às minhas crianças, meus afilhados mais por eu ser bom amigo que bom padrinho, mas que curto muito: *Luísa, Maria Júlia e Felipe*. E aos meus sobrinhos de coração: *Julieta, Pedroca e Francisco*.

Título: Cotidiano, Ética e Saúde: o Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto.

Autor: Maurílio Castro de Matos

Resumo

A tese tem por objetivo refletir sobre o cotidiano de trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde, para tanto elege dois eixos de análise: a contra-reforma do Estado na Saúde e a criminalização do aborto no Brasil. Está estruturada em três partes, além de uma introdução e das considerações finais.

Na primeira parte é realizado um panorama histórico e são apresentadas questões contemporâneas que marcam a política de saúde e a questão do aborto no Brasil.

Na segunda parte são desenvolvidas reflexões sobre o Serviço Social, primeiramente na perspectiva do trabalho coletivo em saúde e os desafios que aí estão postos. Depois são empreendidas reflexões sobre o cotidiano e a ética e os seus rebatimentos na profissão.

Na terceira parte são apresentados os resultados da pesquisa empírica realizada em um grande hospital do SUS no estado do Rio de Janeiro. Primeiramente é realizada uma caracterização do setor de Serviço Social como um todo e depois são analisadas entrevistas realizadas com assistentes sociais que diretamente atendem as mulheres, na suas questões de saúde, neste hospital.

A tese pretende contribuir para a reflexão crítica sobre o cotidiano de trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde, bem como problematizar sobre a importância do SUS, na perspectiva original do movimento da reforma sanitária, e da descriminalização do aborto no Brasil.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Ética, Aborto.

Title: Everyday life, Ethics and Health: the Social Work front of the counter-reform of the State and the criminalization of abortion.

Author: Maurílio Castro de Matos

Abstract

This thesis has as an objective to reflect about the everyday life of the work of social workers in health politics. For this, it elects two axles of analysis: the counter-reform of State in health politics and the criminalization of the abortion in Brazil. It is structured in three parts, besides an introduction and the final consideration.

In the first part it's showed a historical view and is presented contemporary questions that made their marks in the health politics and the issue of the abortion in Brazil.

In the second part, are being developed reflections about the Social Work, first in the perspective of collective labor in health area and the challenges that are in this. After are undertaken reflections about the everyday life and ethics and the rebeats in the profession of social worker.

In the third part are presented the results of our research, realized inside a large hospital of SUS in Rio de Janeiro State. First, it has been realized a characterization of the Social Work sector as a whole and after has been analyzed interviews realized with social workers that directly deal with women, in their health issues, in this hospital.

This thesis intend to contribute for the critical reflection about the everyday of the work of social workers in the health politics, as well as put forward questions about the importance of SUS, in the original perspective of the social movement of the Sanitary Reform, and of the decriminalization of the abortion in Brazil.

Key-words: Social Work, Health, Ethics, Abortion.

Lista de Siglas

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIS	Ações Integradas em Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMIU	Aspiração Manual Intra-Uterina
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APDF	Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental
APF	Associação para o Planejamento Familiar
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDS	Centro Democrático Social
CDS-PP	Centro Democrático Social – Partido Popular
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAC	Campanha Nacional pelo Aborto e Contracepção
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNTS	Confederação Nacional de Trabalhadores de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CSLL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
DEM	Democratas
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSE	Fundo Social de Emergência
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da UERJ
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOF	Imposto Sobre Operações Financeiras
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
ISMT	Instituto Superior Miguel Torga
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPNES	Organização Pública Não-Estatal
OS	Organizações Sociais

PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEV	Partido Ecologista Verde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP	Partido Progressista
PPP	Parceria Público-Privado
PS	Partido Socialista
PSD	Partido Social Democrata
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF/PACS	Programa de Saúde da Família / Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
REME	Renovação Médica
RJU	Regime Jurídico Único
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STF	Superior Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UMAR	União de Mulheres Alternativa e Resposta
UNAFISCO	Sindicato Nacional dos Auditores da Receita Federal
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Sumário

Introdução	<i>14</i>
“No rastro do acontecimento”: análise sobre os temas emergentes da saúde em Portugal	<i>16</i>
O Serviço Nacional de Saúde de Portugal e as questões da atualidade	<i>19</i>
O plebiscito sobre o aborto, a construção da lei e os serviços de saúde	<i>25</i>
Ainda algumas questões sobre o aborto e o Serviço Nacional de Saúde em Portugal	<i>33</i>
O caminho de volta: atravessar o Atlântico e as idéias, em busca de reflexões sobre o cotidiano de trabalho dos (as) assistentes sociais na Saúde	<i>36</i>
Parte I: A Saúde no Brasil: a contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto	
Capítulo 1: A política de saúde no Brasil	<i>39</i>
Introdução	<i>39</i>
1. Caracterização das Políticas Sociais	<i>40</i>
2. Panorama da trajetória da política de saúde no Brasil entre 1930 e 1990: da sua tímida institucionalização à garantia legal do direito	<i>42</i>
3. Panorama da política de saúde nos anos noventa: do direito conquistado à perversa realidade	<i>54</i>
4. A Política de Saúde no governo Lula	<i>60</i>
4.1. Caracterização Geral do Governo Lula	<i>60</i>
4.2. Breve balanço das políticas de assistência e previdência social, na perspectiva da seguridade social, no governo Lula	<i>64</i>
4.3. A política de saúde, na perspectiva da seguridade social, no Governo Lula	<i>66</i>
Capítulo 2: A questão do aborto no Brasil	<i>83</i>
Introdução	<i>83</i>
1. Caracterização do aborto na história	<i>85</i>
2. Panorama histórico da questão do aborto no Brasil	<i>91</i>
3. A questão do aborto no Brasil dos anos 2000	<i>101</i>

Parte II: Serviço Social: trabalho coletivo na saúde, cotidiano e princípios éticos-políticos

Capítulo 1: Trabalho coletivo em saúde e a inserção dos profissionais de Serviço Social 124

Introdução	124
1. Trabalho em Marx	127
2. Os rumos, após Marx, do debate marxista sobre o trabalho	134
3. Trabalho Coletivo em Saúde	140
4. Assistente Social: trabalhador da área da saúde	149
4.1. Breve histórico do Serviço Social Brasileiro na Saúde	151
4.2. O Serviço Social na Saúde na Atualidade	154
4.3. A particularidade do trabalho do assistente social na saúde	156

Capítulo 2: Cotidiano e ética no exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde 160

Introdução	160
1. Fundamentos da ética: o ser social	163
2. O trabalho e a reprodução	167
3. Vida Cotidiana	169
4. Ética e Moral na vida que se vive e para a vida que se quer viver	174
5. Projeto ético-político do Serviço Social e seus fundamentos éticos	178
6. Desafios ao projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira	184

Parte III: Os desafios do cotidiano profissional na garantia de direitos. Que respostas dão e análises têm os assistentes sociais sobre a contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto.

Capítulo 1: A contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto: questões para o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde 191

Introdução: aproximações ao tema da pesquisa	191
1. A pesquisa num contexto de uma assessoria	197
2. Sobre o Hospital e o Setor de Serviço Social	203
3. Ética e cotidiano de trabalho do Serviço Social no hospital: a questão da contra-reforma do Estado na saúde e a criminalização do aborto	208

3.1. Será que todo dia elas fazem tudo igual?	208
3.2. O trabalho em equipe multiprofissional e o Sistema Único de Saúde: tensão e possibilidade?	219
3.3. Aborto: Elas somos nós?	225
3.4. Há uma ética profissional no meio do caminho ou ao lado da caminhada?	232
Considerações finais	243
Bibliografia	252
Anexos	270

Introdução

A presente tese de doutorado tem sua origem em uma preocupação com o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde¹, sendo os temas que daí derivam objeto de pesquisa e de interlocução que temos estabelecido com colegas de profissão e estudantes da área. Em diferentes espaços e momentos já nos perguntamos sobre como efetivar, de fato, o projeto ético-político profissional e o projeto da reforma sanitária na prática concreta dos profissionais de Serviço Social nos diferentes serviços deste país.

Algumas pesquisas apontam para um adensamento da produção do Serviço Social sobre a saúde (Matos, 2003), para um reconhecimento dos citados projetos entre aqueles que atuam nos serviços de saúde (Costa, 2000; Vasconcelos, 2002) e para o reconhecimento dos espaços de participação política, notadamente os conselhos de saúde, por parte da elaboração teórica do Serviço Social (Souza, 2001). Contudo, todas essas produções apontam para um descompasso desse avanço em relação a uma prática concreta nessa direção entre os assistentes sociais atuantes nos serviços. Paradigmática é a pesquisa de Vasconcelos (op. cit) que informa que os assistentes sociais verbalizam um compromisso com o projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político profissional, mas não efetivam um exercício profissional nessa direção.

Assim, defendemos que hoje temos que *desvelar o que passa pelo cotidiano de trabalho nos serviços de saúde e como os assistentes sociais vêem essa questão*, como conseguem, e se conseguem, desvelar essa realidade. Além disso, também temos o desafio de identificar até que nível os assistentes sociais concordam, mesmo, com o conteúdo dos citados projetos. Será uma adesão consciente? Se não for, fica difícil mesmo a tentativa de efetivação destes projetos por parte dos profissionais de Serviço Social, uma vez que esses projetos trazem em si valores e estes, quando não incorporados, não conseguem se materializar na ação dos sujeitos (Barroco, 2001).

Acreditamos que, além de pensar estratégias de formação profissional, temos que fazer uma reflexão – tomando para isso, também, o acúmulo intelectual da profissão –

¹ Sobre a questão do gênero masculino e feminino, somos solidários com a mesma preocupação de alguns autores(as) do Serviço Social e nos apropriamos dos seus argumentos: “Ao longo deste livro, a partir de agora, quando nos referirmos apenas a *homem / homens* para não repetir *homem e mulheres / homens e mulheres*, estamos remetendo ao *gênero humano*, constituído necessária e concretamente por homens e mulheres (Netto e Braz, 2006: 30, nota 1, grifos originais). E também: “As categorias homem ou ser humano indicam que a linguagem é perpassada pela cultura; no caso sexista e predominantemente ‘masculina’. Infelizmente, não temos ainda outro termo e a única coisa que podemos fazer é indicar aos leitores e leitoras que não compartilhamos com essa postura” (Barroco, 2008: 11, nota 1).

sobre os porquês das dificuldades de concretização do exercício profissional na perspectiva que hegemonicamente o Serviço Social vem defendendo nas três últimas décadas. Para isso fundamentais são: a *análise das condições objetivas de trabalho* e de *como os profissionais de Serviço Social se relacionam, de fato, com esse projeto de profissão*.

A partir daí pensamos na relevância de uma pesquisa que combinasse uma análise sobre as condições do trabalho profissional (para evitar o risco de uma crítica aos profissionais de Serviço Social descontextualizada das condições objetivas em que o trabalho destes se dá nos serviços de saúde) e uma análise ética dos fundamentos concretos da sua ação profissional e não, apenas, a partir do seu discurso.

Os profissionais de Serviço Social no seu cotidiano de trabalho lidam com diferentes temas e questões que se materializam nos diversos relatos de vidas que atendem. É no atendimento aos usuários que os assistentes sociais identificam contornos materiais das diferentes expressões da questão social na vida da população. Certamente em cada registro de entrevista ou na realização de um grupo, por exemplo, os assistentes sociais têm acesso a um manancial de informações, que não sendo naquele momento estatística, são vidas concretas que sofrem a desigualdade da sociedade capitalista. Mas, será que efetivamente esses profissionais entendem que as singularidades destes relatos são também expressões da diferença de classe desta sociedade? Ou será que tomam, ainda, esses relatos de vida como resultados únicos de cada vida em particular? Em outros termos: será que cada caso ainda é, para esses profissionais, um caso? De que forma estes usuários são atendidos? Como suas necessidades são respondidas? São viabilizadas através de mediações que objetivam a ética profissional ou que a negam?

Tendo como ponto de partida essas questões – dentre outras – é que essa tese pretende realizar um estudo sobre o cotidiano de trabalho do Serviço Social na saúde tomando como referência dois problemas concretos à saúde pública no Brasil: a *contra-reforma do Estado*, que vem sucessivamente descaracterizando o Sistema Único de Saúde (SUS), entendido este como uma estratégia inconclusa do movimento da reforma sanitária brasileiro; e a *criminalização do aborto*, que a cada ano empurra um grande número de mulheres para o aborto clandestino, realizado, em geral, em péssimas condições de salubridade, produzindo, por isso, inúmeros problemas de saúde, que faz com que essas mulheres procurem o atendimento de urgência no SUS e sejam, invariavelmente, tratadas como criminosas isso quando o resultado do aborto clandestino não é causa de morte.

Ambos os temas possuem ligação tanto com a política como com o direito e, especialmente, com a materialização da ética profissional. Será que os assistentes sociais

percebem as questões que esses problemas geram no cotidiano de trabalho? Se percebem, como julgam eticamente essas questões? E como esse julgamento se realiza na ação prática cotidiana?

O resultado da tese conjuga nossa trajetória de estudos e de trabalho profissional na área, conforme sinalizado no início, com questões que emergiram durante estágio de pesquisa, realizado em Portugal, no âmbito do doutoramento. Naquele país, no primeiro quadrimestre de 2007, de maneira muito forte, mas podemos dizer que durante todo o semestre também, a legalização do aborto e as ações de reformulação do sistema público de saúde foram muito discutidos, o que nos fez ir em busca de compreender o debate realizado. Também nos fez reafirmar, em relação ao Brasil, que há uma contra-reforma do Estado em escala mundial, com impacto em várias áreas e, em especial, na saúde. E a importância de se discutir, não como um simples paralelismo com Portugal, a problemática do aborto no Brasil, que é proibido pelo Código Penal de 1940, exceto nos casos de gestação oriunda de estupro ou em risco de saúde para a mulher. Contudo, isso não impede, nem nunca impediu, como veremos no capítulo 2 da primeira parte da tese, que mulheres se submetam aos riscos – legais e à sua saúde – do aborto clandestino. Dados recentes indicam que para cada três nascidos vivos corresponde um aborto provocado (Adesse e Monteiro, 2007). Portanto, esses temas, *a contra-reforma do Estado com grande impacto na saúde e a criminalização do aborto*, atingem milhares de pessoas no Brasil. Muitas, provavelmente, são atendidas pelos assistentes sociais. Como esses profissionais vêem essa questão? O que fazem? Esse é o cerne dessa tese. Antes de entrarmos na análise sobre essas temáticas no Brasil e na pesquisa, propriamente dita, recuperaremos nesta apresentação um panorama sobre esses temas em Portugal.

“No rastro do acontecimento”: análise sobre os temas emergentes da saúde em Portugal

Existem pelo menos três maneiras de se conhecer um país que não seja o seu. A primeira, e mais praticada, é desvelar os espaços da cidade – prédios, museus, praias etc – articulado, ou não, com o conhecimento histórico e cultural destes monumentos. Uma outra possibilidade de auxílio para o conhecimento de um país é o contato com as elaborações artísticas e culturais de seus habitantes. Destes, talvez o melhor caminho seja a leitura de seus autores clássicos e importantes contemporâneos. É por meio da impressão rica desses artistas, a partir do seu tempo histórico, que apreendemos valores, costumes e a

política dos tempos. No Brasil lendo, dentre milhares de brilhantes escritores, Machado de Assis, Cora Coralina e Jorge Amado podemos ter uma boa idéia, respectivamente, do Brasil na Colônia, da violência contra crianças entre os séculos XIX e XX e do sincretismo religioso e étnico do país. Assim, certamente se dá em outros países. Como pensar Portugal sem José Saramago, Camões e Eça de Queiroz, dentre, também, milhares de autores brilhantes? Por fim, a última possibilidade de se bem conhecer um país é acompanhar o seu debate atual e, para tanto, instrumento importante é a leitura dos seus periódicos, ou seja, dos seus jornais. Esses não estão imunes a censura, seja política e/ou do capital, mas apontam temas que impactam a sociedade. É sobre essa última forma de se conhecer um país que nos deteremos a partir de agora.

No primeiro quadrimestre do ano de 2007, em Portugal, dois temas foram diariamente abordados nos jornais. Um foi o plebiscito para a legalização do aborto e outro a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o fechamento de várias unidades de atendimento às urgências. Ambos os temas possuem explícita relação com a saúde. Sarah Escorel (apud Bravo, 1996) afirma que é a necessidade da saúde que faz com que esta tenha um potencial de consenso – já que todos almejam estar no auge da sua força física e produtiva – e de revolução, uma vez que a ausência do direito de ter saúde gera mobilizações, seja pela consciência política seja pela dor, com vistas a sua garantia. Isso se expressa no acalorado debate português entre a aprovação ou não da interrupção voluntária da gravidez e da reforma do SNS, da qual as suas duas maiores expressões são o fechamento de várias unidades de atendimento a urgências e o aumento do pagamento de taxas para o seu uso.

Podemos entender que a saúde se materializa como uma política e como um serviço. A inexistência destes no século XXI – política e serviço – expressa uma negação da política social. Ou, em outros termos, expressa uma determinada concepção de Estado e de políticas sociais. A política de saúde surge, nos países ocidentais, em distintos momentos como uma resposta pontual e fragmentada à requisição dos trabalhadores e como uma estratégia, do Estado e do capital, de manutenção da ordem e da força de trabalho. Aos poucos vão se construindo políticas e se constituindo serviços dirigidos para aqueles que estão inseridos no mercado formal de trabalho. No Brasil é muito conhecida a denominação de Santos (1979), “cidadania regulada”, onde cidadãos são somente aqueles que estão empregados. A legalização formal da universalização do acesso à saúde é recente e data da segunda metade do século XX, com alguns países que promoveram em suas leis esse direito. Isto não quer dizer que em todos esse países tenha se construído essa

realidade, uma vez que esse tipo de política social está diretamente conectado a uma concepção de Estado. Na atualidade se vê, mundialmente, um movimento de reorientação desta perspectiva com um retorno à defesa do pagamento dos serviços de saúde. Dentre estes, Brasil e Portugal, em momentos diferentes, garantiram na lei a universalização da saúde e atualmente vivem uma fase de “crise” desta política.

Os debates sobre a reestruturação do SNS e sobre o aborto em Portugal estão no bojo das questões que, impressionisticamente, foram tratadas acima. A realidade brasileira também é próxima da brevíssima trajetória das políticas de saúde tratadas no parágrafo anterior. Entretanto, nos parece que hoje no Brasil é improvável que haja, num breve espaço de tempo, um plebiscito sobre a legalização do aborto², e que algum partido ou governo no Brasil defenda explicitamente o pagamento dos serviços públicos de saúde e o fechamento de vários serviços de urgência. No entanto, isso não anula o alto número de mulheres que se submetem a abortos em condições obscuras de saúde, bem como o sucateamento dos serviços públicos de saúde, provocando a busca dos usuários brasileiros para a rede suplementar (via plano privado de saúde) ou a não garantia da realização da prestação do serviço público de saúde no Brasil.

As questões do aborto e do pagamento pelos serviços públicos de saúde são, em termos de valores e de política, completamente diferentes. A legalização do aborto está inscrita na luta do movimento pela emancipação das mulheres, ligada diretamente aos direitos humanos, com a compreensão de que mulheres e homens são sujeitos de sua história. Toma como centro, também, do seu argumento as condições desumanas a que essas mulheres são submetidas quando realizam o aborto clandestino e alta taxa de complicação do quadro de sua saúde e mesmo de mortes derivados deste cenário de clandestinidade. Ao contrariar a tese de que há vida no feto desde a concepção, nega a tradição teocêntrica e irracionalista. Assim, a legalização do aborto se situa no campo das reivindicações pautadas na razão moderna emancipatória. Contudo, o pagamento pelos serviços públicos de saúde é a contramão dos direitos, afirma a desresponsabilidade do Estado para com os seus cidadãos e coloca os serviços de saúde como um produto a ser consumido conforme as possibilidades financeiras de cada um.

Como duas questões de saúde, com pressupostos diferentes, ganham foro público e legal em Portugal e, no Brasil, continuam afastadas das normas legais? Aparentemente,

² Em 2007, quando o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, propôs uma reflexão sobre o tema, aconteceram diversas manifestações públicas contrárias. Mais recentemente a proposição de descriminalização do aborto foi rejeitada em duas comissões do Congresso Nacional com ampla maioria dos votos dos parlamentares. Voltaremos a estas questões no capítulo 2 da parte I dessa tese.

pode parecer que Portugal é mais moderno. Mas não será o Brasil mais desprovido de tradição? O que significa esse avanço dos direitos humanos e a explícita legalidade do retrocesso do papel público do Estado na saúde em Portugal e ausência destas ações *legais* no Brasil?

De antemão, cabe sinalizar que nosso intento não é outro se não compreender o país estrangeiro, ação que se faz, inexoravelmente, pela comparação com a realidade que se conhece. A presente introdução visa socializar outras realidades para além da do Brasil e foi motivada por que a saúde – tema debatido, neste período, pela imprensa lusitana – tem sido nosso campo de estudos. Assim, não há nenhuma intenção de propor a transposição da compreensão do debate de um país para o outro.

O Serviço Nacional de Saúde de Portugal e as questões da atualidade

Para compreendermos a atual situação da saúde em Portugal faz-se necessária uma remissão a constituição do seu Sistema de Saúde e, particularmente, do Serviço Nacional de Saúde a partir dos determinantes da atualidade, ou seja, o que das questões do presente têm as suas origens no passado.

Portugal viveu uma longa ditadura, desde os anos 30 aos 70 do século XX. Muito significativa foi não só a ausência da democracia, como também a falta de interlocução com o mundo. É incontestável, por exemplo, o giro mundial nos anos sessenta. Contudo, mesmo que o maio de 1968 tenha se dado num país próximo, a França, isto pouca repercussão teve em Portugal. O ditador, Salazar, não só calava o coro dos descontentes, mas também propugnava ideologicamente a defesa de um país atrasado e pobre.

A ditadura só foi derrubada em 1974, quando já era dirigida por Marcello Caetano, por meio da revolução de abril de 1974, conhecida como “Revolução dos Cravos”. A origem da revolução se deu por meio de um golpe militar em 25 de abril daquele ano, que teve amplo apoio da população e foi conduzida, a *posteriori*, não como o governo das forças armadas e sim com a instauração da democracia e a construção dos seus instrumentos importantes, sendo exemplos a legalização de partidos, a instituição de um Estado de direitos, eleições diretas e a elaboração de uma nova constituinte.

Até 1976, a política de saúde em Portugal pode ser visualizada em duas fases: até 1945 predominava a “polícia sanitária” e alguns seguros sociais obrigatórios – criados após 1935, com diferentes coberturas e dispersos por sindicatos – e os serviços de caridade. A segunda fase se dá entre 1946 e 1976, quando é criada a Federação das Caixas de

Previdência, sendo marcada pela expansão dos serviços médicos para os trabalhadores formais, com a continuação da ação de “polícia sanitária” do Estado e dos serviços assistencial-caritativos (Carreira, 1996). Nela fase cabe chamar atenção para o decreto-lei nº 413/71 que – mesmo no âmbito da gestão de Marcello Caetano – costuma ser considerado um ensaio reformista, ao reconhecer o direito à saúde e a importância da integração das atividades de assistência à saúde de forma integrada, com planejamento central e execução descentralizada. Contudo, esta reforma não conseguiu a unificação dos serviços médicos da previdência social. Por outro lado, é nesse mesmo ano que são criados os centros de saúde em Portugal (Abreu, 2004).

A reestruturação do Sistema de Saúde em Portugal emerge com a constituição democrática de 1976 – convocada após o processo revolucionário de abril de 1974 – que cria o Serviço Nacional de Saúde, regulamentado em lei em 1979³. Esse tempo não está vinculado apenas a elaboração da constituição e sim, também, a polêmica no Congresso para a aprovação da lei sobre o SNS. Contudo, era inconteste, em 1974, a importância da mudança da política de saúde, tanto que em novembro deste ano a Secretaria de Estado de Saúde divulgou um documento com os “Subsídios para o lançamento das bases do SNS” (Arnaut, 2005).

O Serviço Nacional de Saúde tinha sua total gratuidade garantida pela Constituição de 1976. No entanto, na reforma constitucional de 1989 foi alterado para “tendencialmente gratuito”. Esta mudança visou tornar constitucional a cobrança de “taxas moderadoras” (Arnaut, 2005). A partir daí o SNS vem passando por sucessivas “reformas” que apontam para a redução dos direitos. Carreira (1996) afirma que entre 1976 até 1990 predominou largamente o SNS.

Após a revisão constitucional é publicada, em 1990, uma reforma para o Sistema de Saúde português, pautada no discurso de desequilíbrio financeiro dos gastos do Estado com a saúde. Desde os anos noventa os cidadãos de Portugal assistem sucessivas alterações no seu sistema de saúde. A reforma de 1990, regulamentada em 1993, alterou formalmente o SNS ao introduzir as seguintes características: a responsabilidade pela saúde passa a ser conjunta (antes era do Estado, agora passa a ser dos cidadãos, da sociedade e do Estado, com liberdade de procura e de prestação de cuidados); incumbe explicitamente os usuários

³ Em Portugal, “Sistema de Saúde” é mais abrangente que “Serviço Nacional de Saúde”. O primeiro se refere “à totalidade dos serviços ou equipamentos que prestam cuidados de saúde, quer os públicos, quer os privados e sociais”. Já o SNS é “o conjunto organizado de órgãos prestadores de cuidados de saúde, tutelado e financiado pelo Estado, que garante a cobertura médico-hospitalar de todos os cidadãos em condições de igualdade e universalidade, ou seja, o *sector público*” (Arnaut, 2005: 110. Grifos originais).

tendo em vista as suas condições sociais e econômicas; o financiamento passa a ser também de responsabilidade de outras entidades; é prevista a criação de um seguro saúde; são estabelecidas as “taxas moderadoras”, a serem cobradas no SNS; a gestão de serviços do SNS pode ser desenvolvida por outras instituições, por meio de convênios e cooperativas médicas, abrindo possibilidade para a prestação de serviços privados no setor público (Carreira, 1996; Abreu, 2004).

Importante, também, neste período é o ingresso de Portugal na União Européia, que tem a sua origem no pós segunda guerra mundial, mas que ganha fôlego, de fato, na virada da década de oitenta para noventa. Atualmente, é composta por vinte e sete países com diferentes potenciais econômicos. Portugal, mesmo com a entrada dos dez países do leste europeu em 2004, é uma das nações com economia mais pobre⁴. O ideário da União Européia passa pela ideologia neoliberal. Ao contrário da simples constatação da falta de recursos, com certeza a reforma iniciada em 1990 se situa num rol de “necessárias adaptações” de Portugal ao receituário da União Européia e de seus órgãos de financiamento.

Rosa (2006), ao analisar a saúde, lembra que mesmo que na reforma do início dos anos noventa já estivesse inscrita a possibilidade de entrega da gestão dos serviços de saúde para o setor privado, por meio de contrato de gestão, é em 2002, no governo PSD/PP, que é realizada uma “alteração cirúrgica” na Lei 48/90 e a promulgação de vários decretos-lei com vistas à privatização do Serviço Nacional de Saúde, dos quais destacamos: a transformação dos hospitais públicos em hospitais S.A.; a Lei de Parcerias Público-Privadas (PPP), que permite a entrega da exploração e de construção dos hospitais ao setor privado; a revisão do contrato de trabalho dos profissionais de saúde; e a criação de um decreto-lei que possibilitava a entrega da gestão dos centros de saúde, ou parte destes, a entidades públicas ou privadas. Este mesmo governo, segundo Rosa (2006), ainda intencionava introduzir mudanças nas “taxas moderadoras”, mas que não foram à frente devido a mudança de governo.

O governo atual, do primeiro-ministro Sócrates, não alterou substancialmente a política de saúde do governo anterior. Ao contrário. Ao mostrar que na saúde há um governo de continuidade, Rosa (2006: 256-257) chama atenção para os seguintes atos: mesmo ao revogar o decreto-lei que possibilitava a entrega dos centros de saúde ao setor

⁴ Cf. em Rosa (2006). Destacamos a análise do autor sobre o PIB por habitante em todos os países integrantes da União Européia, que à época somava 25 países. Entre 1995 e 2004 a média era de 7.000 euros por habitante. A de Portugal era de 5.210 euros (Rosa: 2006: 34).

privado, o atual governo não o fez com a disposição da Lei de Bases da Saúde, que também permite essa possibilidade; o governo não se propôs a acabar com o modelo de gestão dos Hospitais PPP (Parceria Público-Privado) e sim, apenas, revê-lo; houve um expressivo plano de investimento financeiro do governo, do qual um exemplo é a Lei do Orçamento do Estado de 2006, para as parcerias público-privadas na saúde nos próximos anos; e, ao invés de realizar uma avaliação dos Hospitais S.A., o atual governo os transformou em Entidades Públicas Empresariais (EPE), o que mantém a possibilidade de transferência da gestão destes para o setor privado.

Rosa (2006: 259-260) ainda destaca, do relatório do Orçamento do Estado para 2006, as seguintes metas do próprio governo: alterar o regime de compartimentalização, entre usuário e Estado, dos custos com medicamentos, visando a redução do gasto estatal; empresariar os hospitais e centros de saúde; continuar a parceria PPP abrangendo outros hospitais; e identificar e avaliar o patrimônio do setor saúde com vistas a possíveis rentabilizações.

Na mídia impressa dois pontos da reforma da saúde do atual governo ganharam espaços relevantes. A primeira foi a crítica ao fechamento de vários serviços de emergência, a segunda, o aumento dos valores e da extensão para a prestação de outros serviços de saúde das “taxas moderadoras”. Mesmo que esses dois temas sejam, como já vimos, apenas expressões de uma ampla reforma, com vistas a cortes no direito à saúde em Portugal, são pontos que mostram os temas que estão em voga, no que tange a saúde, na sociedade portuguesa. E, em especial, que a política estatal de saúde é tema de debate nesta sociedade. Ilustrativas são as seguintes manchetes:

“Mais de 43 Serviços de Atendimento Permanente (SAP) vão engrossar lista de serviços encerrados” (Destak, 26/03/2007).

“Saúde: taxas moderadoras alargadas a internamento e cirurgias” (Público, 31/03/2007).

“Vítimas de violência doméstica isentas do pagamento de taxas moderadoras” (Público, 06/04/2007).

As citações escolhidas expressam o grande tema, e por que não o drama, a que estão submetidos os cidadãos portugueses no que tange à saúde. No início de 2007 o governo apontou para mais uma reforma no setor saúde. A que mais ganhou espaço na mídia foi a do fechamento de vários serviços de urgência, sob o argumento de que muitos eram subutilizados. Isso gerou protesto na população, pois com o fechamento destes serviços

teriam que se deslocar por distâncias expressivas. Ganham destaque notícias sobre partos feitos em estradas e pessoas que tiveram seu quadro de saúde agravado devido à demora do transporte para os serviços de saúde.

Outra face da mesma reforma, na mídia, foi a questão referente ao pagamento das taxas moderadoras, que são valores a serem pagos pelos serviços de saúde utilizados por parte dos usuários. Há registros de questionamento da população sobre a expansão do pagamento das taxas para serviços fundamentais, como cirurgias. Significativo considerar que só em abril deste ano o governo acenou para a isenção do pagamento para atendimento de violência doméstica, uma vez que, até então, era o usuário que pagava, caso o agressor não arcasse com os custos. Desnecessário dizer que, também em Portugal, os maiores casos de violência doméstica são praticados por pessoas próximas da vítima, o que se constitui em uma dificuldade para o processo de penalização do mesmo, aliado à cultura do “machismo”, uma vez que a maioria das vítimas são mulheres⁵. Esse tipo de política apresenta limites para a garantia dos direitos humanos. Em Portugal, o número de pessoas escritas em seguradoras / planos de saúde é baixo. Mas, na prática, o SNS não é mais um serviço de saúde universal. Cotidianamente temas sobre critérios de acesso e o pagamento de taxas saem nos jornais.

Conforme estamos apontando, é desde os anos noventa que em Portugal vem acontecendo várias alterações na sua política de saúde. Sob o denominador comum da falta de recursos, diferentes “adaptações” têm sido feitas. No Brasil essa situação é similar, pois desde os anos noventa diferentes governos apontaram para a impossibilidade de implantação do SUS frente aos recursos financeiros. A diferença é que no Brasil há um sucateamento do público, gerando uma mobilidade – ou intenção de – para o privado. Em Portugal essas mudanças têm sido feitas a par de alterações legais e de cobranças reais de pagamento pelos serviços no SNS.

Contudo, não podemos pensar que essas mudanças no SNS são feitas com aquiescência geral da população e em consenso entre todos os partidos e movimentos sociais. Neste mesmo quadrimestre destas reformas, não foram só os jornais que denunciavam os riscos das mudanças, aconteceram também diversas manifestações públicas (estas sim com pouca ou nenhuma cobertura da mídia) em diversas cidades de

⁵ Segundo a UMAR (União de Mulheres Alternativa e Resposta) os dados sobre a violência conjugal contra as mulheres em Portugal são parciais. Contudo, pesquisa realizada por essa associação, tomando apenas como referência os casos noticiados pela imprensa no período de novembro de 2005 a novembro de 2006, informa que 03 mulheres foram assassinadas por mês e 43 ficaram gravemente feridas. (Jornal Público, 06/07/2007, p. 14).

Portugal. Algumas câmaras municipais também fizeram pronunciamentos públicos. Talvez a maior expressão da rebeldia dos portugueses, possa ter sido vista na passeata em comemoração ao 25 de abril⁶.

Anualmente se realizam no dia 25 de abril diferentes manifestações – tanto passeatas, atos públicos, como manifestações artísticas várias – para a comemoração da Revolução dos Cravos. Em Lisboa costuma-se fazer a maior passeata do país e nesta, do ano de 2007, pudemos observar que a maior “ala” eram de associações de moradores com a maioria dos cartazes e faixas (e não só nesta “ala”) se referindo contra as reformas do Serviço Nacional de Saúde. Aqui, de novo, tinha muita ênfase o protesto contra o fechamento das unidades de saúde e, um pouco menos, contra o aumento dos valores, e da extensão, para outros serviços, das “taxas moderadoras”.

Ao debruçarmos sobre o SNS na atualidade automaticamente nos remetemos aos impasses do SUS, hoje, no Brasil. Somos sabedores que a não implantação efetiva do SUS se deu devido à escolha da política econômica dos últimos governos brasileiros e que esta está condicionada à política internacional chancelada pelo BIRD e pelo Banco Mundial. Mais do que uma crise devido à falta de dinheiro para políticas públicas, sabemos que a redução destas é uma escolha política da ideologia neoliberal (Tavares Soares, 1999). Ao analisar a política de saúde dos anos noventa no Brasil já tínhamos chamado atenção para os efeitos deletérios do neoliberalismo sobre essa política e para o fato de que as alterações em curso não eram “reformas” e sim contra-reformas, uma vez que maculavam direitos dos trabalhadores historicamente conquistados. Assim, afirmávamos que a verdadeira reforma havia sido feita na Constituição Brasileira de 1988, quando esta buscou recuperar a imensa dívida social deste Estado para com os seus cidadãos⁷. Ao analisar, comparativamente, a realidade da política de saúde nos dois países, observamos na essência, como traços em

⁶ Além destas manifestações, cabe também destacar as manifestações do dia do trabalhador (1º de maio) e a greve geral de 30 de maio, convocada pela Confederação Geral dos Trabalhadores de Portugal (CGTP), apesar desta não ter conseguido paralisar todos os serviços. Contudo (Jornal Público. 06/07/2007, p. 45), logo depois, em 05 de julho de 2007, essa central teve papel decisivo na manifestação de rua – contrária à política de emprego e às políticas sociais – com aproximadamente 25 mil manifestantes, em Guimarães, durante a reunião dos ministros do emprego da União Européia. Estas ações coexistem com manifestações da direita xenófoba, da qual duas grandes expressões, no mês de abril de 2007, foram a tentativa de realização de uma grande reunião de jovens europeus da extrema direita, que foi cancelada porque o local que havia sido alugado recuou na cessão, e a colocação de um *outdoor*, por um partido político, com a frase “basta de imigração” e a foto da liderança deste partido e de um avião, indicando a saída dos imigrantes de Portugal.

⁷ Tomamos aqui nossa análise como referência, por ter sido feita tendo como eixo de estudos a política de saúde (Matos, 2000 e Bravo e Matos, 2001). Mas estas reflexões não nos são exclusivas. Outros autores a realizaram no Brasil e, em sua maioria, retroalimentaram as nossas reflexões. Foi em Guerra (1998) que nos deparamos com a idéia de que a “reforma do Estado” em curso no Brasil seria um “contra-reforma”. Contudo, essa autora afirmava haver na “reforma” características de “contra-revolução”. Batista (1999) já nos alertava que a reforma não era apenas intenção e já estava em curso. E em Behring (2002) encontramos, do que conhecemos, a reflexão mais madura e aprofundada sobre a contra-reforma no Brasil.

comum, o discurso da impossibilidade inexorável do Estado no custeio da saúde para os seus cidadãos e a revisão do serviço de saúde na sua origem. Acreditamos que em Portugal, tal qual no Brasil, está em curso uma contra-reforma do Estado na Saúde. No Brasil, o motivo principal para a contra-reforma é a exigência dos órgãos de financiamento – BIRD e Banco Mundial. Em Portugal há a mesma exigência; contudo o *ator*, representante do neoliberalismo e exigente da contra-reforma, é a União Européia.

O plebiscito sobre o aborto, a construção da lei e os serviços de saúde

Antes de nos remeter ao plebiscito de 2007, faremos uma breve explanação sobre o debate do aborto em Portugal, pois, sem dúvida, o voto favorável da população que compareceu às urnas desse plebiscito tem suas origens na forma como aborto foi historicamente encarado no país e de como se deu, nesta trajetória, o debate mais recente sobre o tema.

A prática do aborto, como veremos adiante nesta tese, é tão antiga como a vida em sociedade. Portanto, em Portugal também é difícil precisar quando se iniciou. Contudo, com certeza na primeira metade do século passado já era um *problema público de saúde*.

Cunhal (1997), em 1940, já alertava para os riscos dos abortos clandestinos e indicava a importância da sua despenalização como forma de garantir a saúde das mulheres, afirmando, deste então, que as mulheres da classe trabalhadora eram as que mais sofriam, uma vez que as da classe burguesa praticavam aborto com condições de saúde e não eram vítimas do controle da lei⁸.

A partir da conjuntura democrática inaugurada em 1974, diversas vezes se voltou ao debate sobre o aborto. Por meio da obra de Tavares (2003) somos informados de esse tema já era tratado no período posterior à revolução e que no final da década foi intensamente discutido. Exemplos colhidos na citada obra são: a primeira reivindicação sobre o direito ao aborto foi uma brochura lançada pelo Movimento de Libertação de Mulheres em 04 de maio de 1974; no ano seguinte foi lançado o primeiro livro sobre o tema, na perspectiva da defesa da descriminalização do aborto, de autoria de Maria Teresa Horta, Célia Metrass e

⁸ É quase certo que a obra de Álvaro Cunhal – um dos mais importantes intelectuais portugueses e militante histórico do Partido Comunista do país – seja a primeira, em Portugal, a tratar o aborto longe da perspectiva de repressão e a defender a sua legalização, pois como afirma o próprio autor: “Os estudos e escritos sobre o aborto em Portugal são raros e na quase totalidade influenciados por orientações conservadoras e por preconceitos de ordem religiosa e moral que impedem uma abordagem do problema com um mínimo de objectividade e de rigor” (Cunhal. 1997: 99). Contudo, a obra de Cunhal – originariamente uma tese apresentada ao exame no 5º ano jurídico da Faculdade de Direito de Lisboa (o autor saiu da cadeia para defendê-la) – somente foi publicada, pela primeira vez, na década de 1990.

Helena de Sá Medeiros, intitulado “Aborto – Direito ao nosso corpo”; em 1977 e 1978, respectivamente a UMAR e a Delegação de Lisboa da APF (Associação para o Planeamento Familiar) tomaram posição pública pela legalização do aborto; o processo judicial contra as jornalistas Maria Antonia Palla e Antónia de Souza por um programa que as mesmas realizaram para o canal de tevê RTP sobre o aborto e o julgamento da jovem Conceição Massano por ter feito um aborto⁹. Como forma de solidariedade às jornalistas e à jovem foi criada a CNAC (Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção), que reunia diferentes entidades e que foi uma instância importante nesse período na construção desse debate.

Na primeira metade da década de oitenta a temática do aborto continuou a ser debatida em Portugal, tanto na perspectiva dos defensores, notadamente a CNAC, a APF e a UMAR, como contrariamente, com destaque para a Igreja Católica e para o partido CDS (Tavares, 2003. Peniche, 2007). Essa polarização também rebateu na Assembléia da República, tanto que em 11 de novembro de 1982 foram votados três projetos, dentre os quais um apontava para a descriminalização do aborto. Este foi rejeitado por 127 deputados, sendo que 105 foram favoráveis.

Em 23 de janeiro de 1984 foi aprovado o projeto de lei apresentado pelo Partido Socialista, transformado em lei, n° 6/84, de 11 de maio de 1984, que à época já era considerada, pelos militantes da causa pela descriminalização do aborto como muito restrita, uma vez que consignou o direito ao aborto apenas nas seguintes situações: perigo de morte ou grave lesão para a saúde física e psíquica; grave doença ou má formação do feto (até 16 semanas de gravidez); e violação sexual (até 12 semanas).

Em 1993 a Associação para o Planeamento da Família (APF) divulgou um relatório sobre a aplicação da citada lei. O estudo identificou que entre 1984 e 1990 os serviços de saúde realizaram 397 interrupções de gravidezes, número esse, que por ser considerado baixo, levou a equipe da pesquisa a levantar as seguintes hipóteses: desconhecimento da lei; deficiente organização dos serviços de saúde; as limitações da própria lei; e a objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde. O estudo da APF confirma que uma lei restritiva, como a que Portugal tinha e a que o Brasil ainda tem (sendo mais restrita que essa antiga lei portuguesa), não rompe com a prática do aborto clandestino que, por ser feito nessas condições, não é passível de controle pela saúde pública, além de continuar a perpetuar a falta de direitos. A comissão que criou essa pesquisa se originou em 1990 num

⁹ O processo contra as jornalistas só foi concluído em 1979, com a absolvição das jornalistas, mesmo resultado do julgamento da jovem Massano (Tavares, 2003).

contexto de debate, a partir de uma notícia de jornal, do julgamento de uma mulher por prática de aborto. A partir daí, vários eventos repuseram a questão do aborto em cena, uma vez que, segundo Tavares (2003), entre a aprovação da lei de 1984 e 1990 pouco se falou sobre o assunto em Portugal.

Sobre o tema, paradigmática foi a sessão da Assembleia da República de 04 de fevereiro de 1998, convocada pelo PS um ano após esse debate já ter sido feito pela mesma Assembleia – quando a sua aprovação foi rejeitada por apenas um voto – gerando questionamento de diversos partidos, exceto do PEV.

Conforme analisa Peniche (2007), na citada sessão, foram discutidos três projetos de legalização do aborto – dois sobre a despenalização a pedido da mulher, apresentados respectivamente pelo PS e pelo PCP, e um sobre a despenalização apenas por razões econômicas ou sociais, apresentada pelos deputados António Barros e Eurico Figueiredo, da bancada socialista – um que defendia a criação de personalidade jurídica ao embrião e ao feto, pelo CDS-PP, e outro, apresentado pelo PSD, que propunha um plebiscito sobre o assunto.

Ao analisar o conteúdo dos projetos de legalização da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), Peniche (2007) identifica pontos em comum e distintos. Em comum a autora destaca:

- “- Razões sociais e econômicas como condicionantes ao prosseguimento da gravidez.
- Caracterização do aborto clandestino como um problema de saúde pública.
- Direito à objeção de consciência e a obrigatoriedade de reencaminhamento das mulheres para outros hospitais, quando esta situação se verifica” (Peniche. 2007: 125).

E como elementos diferentes:

- “- O PCP apresenta como limite para a realização do aborto a pedido da mulher o prazo das 12 semanas e o PS o prazo das 10 semanas.
- O PS propõe a obrigatoriedade de uma consulta nos Centros de Aconselhamento Familiar.
- O projecto de lei dos deputados António Barros e Eurico Figueiredo prevê apenas o aborto a pedido da mulher se esta invocar razões sociais ou econômicas que sejam validadas pelo Centro de Apoio à Maternidade, estrutura mediadora, de carácter vinculativo, entre a decisão da mulher e a realização efectiva do aborto (Idem).

Muito interessante na obra de Peniche é a análise que a autora faz sobre os discursos durante a sessão de debate de 04 de fevereiro de 1998 na Assembleia da República de Portugal. Todos os parlamentares, inclusive os defensores da legalização da IVG, não tratavam a mulher como sujeito, de fato, desta escolha. Também interessante é como a autora identifica os pressupostos morais que norteiam o debate, sendo aí exemplar a participação do partido que, supostamente, defendia o plebiscito. Este só foi mesmo defendido quando a sessão aprovou a legalização. Ou seja, a opinião da população só foi importante quando a assembleia aprovou a proposta originária do PS.

Contudo, devido a uma negociação entre partidos, houve em Portugal, no mesmo ano dessa sessão, um plebiscito sobre a legalização do aborto e o resultado das urnas foi contrário, uma vez que o referendo realizado em 28 de junho de 1998 teve um quorum de apenas 32% de votantes e, destes, 50,95% votaram contra a descriminalização e 49,09% favoravelmente. Assim, a lei foi revogada¹⁰.

Logo após, em 1998, aconteceram em Portugal diversos julgamentos da prática de aborto. Desses julgamentos, após o plebiscito, o mais marcante certamente foi o “julgamento de Maia”, como ficou conhecido, pois foram julgadas dezessete mulheres acusadas por terem abortado, uma enfermeira-parteira pela realização dos abortos, motoristas de táxis acusados por levarem e trazerem mulheres até a clínica, um assistente social por ter indicado a clínica a uma usuária jovem, entre outros, num total de quarenta e três argüidos¹¹. Esse julgamento ganhou espaço na mídia internacional e, sobretudo, reativou o debate sobre o tema no país. Exemplos disto foram o abaixo-assinado internacional articulado pela deputada europeia Ilda Figueiredo com assinaturas, por exemplo, de Pierre Bordieu e Noam Chomsky (Tavares. 2003: 49) e uma publicação, dentre várias, com depoimentos de personalidades portuguesas contra o julgamento. Nesta publicação (Direito de optar..., 2002) os assistentes sociais lusitanos estavam presentes, por meio de depoimentos de Fernanda Rodrigues, Maria Helena Nunes, Maria Teresa Viana e Teresa Salselas.

A questão dos julgamentos após o plebiscito de 1998 é um assunto presente na recente bibliografia sobre o tema (Tavares, 2003; Campos, 2007; Peniche, 2007), uma vez que as autoras entendem que foi esse processo de criminalização, de fato, que surpreendeu

¹⁰ Em Portugal a ida às urnas em um plebiscito é facultativa e o seu resultado só é vinculativo se o quorum for de 50% mais um votante do número de eleitores habilitados.

¹¹ Em Tavares (2003: 47-51) e em Peniche (2007: 42-47) há um resumo sobre os julgamentos nesse período.

a população portuguesa, pois quando esta foi às urnas no plebiscito de 1998 achou que a situação iria continuar na mesma, ou seja, proibida, mas ignorada pela aplicação da lei.

Quase dez anos depois a temática sobre o aborto e a possibilidade de sua legalização voltou à tona na sociedade portuguesa. Assim é que em 11 de fevereiro de 2007 houve um novo plebiscito sobre a mesma matéria, apontando para a legalização da interrupção voluntária da gravidez até dez semanas de gestação, e o resultado das urnas foi diferente, como veremos a seguir. Essa temática foi foco importante nos jornais e nas conversas não só no período anterior ao pleito, mas ainda é hoje. Até 11 de fevereiro, o debate girava em torno do antagonismo entre os valores que o *sim* e o *não* tinham.

A Associação para o Planeamento da Família (APF), cumprindo seu histórico papel no debate sobre o aborto¹², lançou, no período da campanha do plebiscito, o resultado da pesquisa “A situação do aborto em Portugal: práticas, contextos e problemas” (APF, 2006). Essa investigação foi desenvolvida por meio de entrevistas a 2000 mulheres das diferentes regiões de Portugal. As conclusões apontam dados muito interessantes que vão na direção de que a lei de 1984, de fato, pouco protegia a maioria das mulheres que se submetiam ao aborto naquele país, uma vez que mais de 90% o praticaram fora do alcance desta lei.

A defesa pelo *sim* foi feita pelos partidos do campo da esquerda, como o Partido Socialista (PS), o Partido Comunista Português (PCP) e pelo Bloco de Esquerda; pelos movimentos sociais de “minorias”, como o movimento de mulheres e de homossexuais; e por tantas outras organizações do campo da esquerda. Estes apontavam como argumentos favoráveis: os riscos de saúde que as mulheres correm quando submetidas a abortos clandestinos; a importância da equiparação com os outros países da Europa, que em sua imensa maioria despenalizaram o aborto; o respeito às diferentes opções dos cidadãos portugueses; a afirmação dos direitos das mulheres, entre outros.

A defesa do *não* foi desenvolvida pelos partidos de direita e também por movimentos sociais vinculado à Igreja. Os argumentos defensores do *não* indicavam: a existência de vida no feto, inclusive antes das dez semanas de gravidez e, portanto, acusavam a interrupção da gravidez como um assassinato de pessoas indefesas.

O número de panfletos dos segmentos favoráveis ao *sim* foi, aparentemente, maior que os defensores do *não*. Em ambos há a importância de se comparecer ao plebiscito, ou seja, questiona-se a omissão. O resultado final do plebiscito, em 11 de fevereiro de 2007, foi pela aprovação da interrupção voluntária da gravidez até as 10 semanas de gestação.

¹² Segundo Tavares (2003) e Peniche (2007) a APF tem um papel de protagonismo na luta pela descriminalização do aborto em Portugal.

Foram às urnas 43,6% de eleitores portugueses; destes, 40,75% votaram contra a descriminalização do aborto e 59,25% votaram favoravelmente¹³. Contudo, devido ao quorum restrito, o resultado não teve poder vinculativo e por isso a matéria foi enviada para o Congresso para que este elaborasse a lei a ser sancionada pelo presidente da república.

Durante esse período continuaram a emergir diferentes manifestações sobre o respeito ou não que as autoridades deveriam ter com o resultado do plebiscito, bem como sobre quais características deveria ter a futura lei, além da discussão sobre a ética dos profissionais futuramente envolvidos com a questão. Desse debate algumas questões merecem ser destacadas. Recorremos aqui às manchetes dos jornais:

“Movimento do ‘não’ pedem a Cavaco Silva que exija lei do aborto mais equilibrada” (Público, 01/04/2007, p.7).

“Futuros médicos, futuros objectores?” (Jornal da Academia do Porto, Março de 2007, p.19).

As manchetes de jornais, acima destacadas, mostram que a tensão política sobre a legalização voluntária da gravidez não se encerrou quando da realização do plebiscito. Existiram pressões para a não vinculação do referendo à construção de uma lei, caracterizando a defesa de se ignorar o plebiscito. No entanto, o argumento dos antigos defensores do *não* foi a da constituição de uma lei moderada, donde importante seria a constituição de uma equipe, com profissionais da área social e psicológica, para “aconselhamento”. Isso gerou um grande debate favorável e contrário. Em cena, claramente, a face persuasiva, ou não, que este “aconselhamento” pode ter. Alguns articulistas afirmaram que essa defesa é a “busca de vitória na lei daqueles que perderam nas urnas”¹⁴.

A lei sobre a interrupção voluntária da gravidez, Lei 16/2007 de 17 de abril de 2007, entrou em vigor em 22 de abril de 2007. Como afirmava a manchete da primeira página do jornal “Público”, isto não garantiu o início do atendimento na rede do SNS, pois as unidades de saúde ainda não se encontravam preparadas para esse procedimento. Além da

¹³ Portugal é dividido em 20 distritos. O *sim*, pela descriminalização do aborto, ganhou em 11 distritos: Beja, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal. Em 09 distritos a maioria dos votantes optou pelo *não*, pela continuidade da criminalização do aborto: Aveiro, Braga, Bragança, Guarda, Viana do Castelo, Vila Real, Viseu, Açores e Madeira.

¹⁴ Contraditoriamente, a constituição desse aconselhamento já se encontrava no panfleto do *sim* veiculado pelo PS, anteriormente ao plebiscito: “Com a nova legislação, antes de interromper a gravidez, a mulher poderá consultar um médico e seguir um período de reflexão entre a consulta e a interrupção voluntária da gravidez. A integração no sistema de saúde, o aconselhamento médico e social especializado contribuirão decisivamente para diminuir o número de abortos”.

lei, fez-se necessária a sua regulamentação e para isto foi criada uma comissão. Todo esse processo de operacionalização da lei nos serviços de saúde tinha que se dar até 15 de julho de 2007, data limite para que o serviço de IVG estivesse disponível, em todos os serviços de saúde e com esse perfil de atendimento, às mulheres portuguesas.

A nova lei em Portugal faculta à mulher a possibilidade da interromper a gravidez e este procedimento pode ser feito no âmbito do SNS. Como todo serviço de atenção materno-infantil, não são cobradas taxas moderadoras. Adolescentes, menores de 16 anos ou mulheres psiquicamente incapazes só podem se submeter à IVG com a autorização da mãe, do pai ou do representante legal. Primeiramente a mulher deve recorrer a algum serviço de saúde e solicitar o procedimento. Se for atendida por médico que seja objetor de consciência, este deve encaminhá-la a outro profissional e nunca tentar dissuadi-la desta decisão. Após essa primeira consulta a mulher deve passar por três dias de reflexão antes de realizar o aborto. Nesse período a usuária tem direito a atendimento de aconselhamento com profissional de psicologia ou de serviço social, mas não é obrigada a ser atendida por esses profissionais. Ou seja, o aconselhamento, na lei, se tornou optativo.

A interrupção da gravidez pode ser procedida de forma cirúrgica ou medicamentosa, à escolha da mulher com a ajuda do médico; contudo, a interrupção medicamentosa só pode ser feita até a nona semana de gestação.

Mesmo nas vésperas de encerrar o prazo máximo para a efetivação deste serviço nas unidades do SNS, muitas delas ainda não realizavam a IVG. Um dos argumentos era de que uma medicação não era comercializada em Portugal. No entanto, o Ministério da Saúde realizou autorização para a compra e também já existia um outro medicamento que também podia ser usado.

O mesmo Ministério construiu dois folhetos para as usuárias que, disponíveis na internet, ainda não estavam, em julho de 2007, nos serviços de saúde. Um é denominado “Interrupção da gravidez por opção da mulher – Guia Informativo” e outro versa sobre “Apoio Social à maternidade e paternidade” este, dirigido para aquelas que decidam continuar com a gravidez, foi elaborado pela equipe de Serviço Social da Maternidade Alfredo da Costa e aprovado em reunião de equipes da mesma profissão da região geográfica em que pertence essa maternidade, a maior do país.

Também estavam disponibilizados na internet¹⁵, pelo Ministério da Saúde, protocolos para os procedimentos médicos de IVG, formulário a ser preenchido pelos

¹⁵ Acessos realizados na pagina [http: www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) em 05 de julho e 31 de setembro de 2007.

objetores de consciência e, provavelmente, teremos daqui há algum tempo dados sobre o IVG em Portugal, uma vez que a cada procedimento deste deverá a unidade enviar um formulário, sem a identificação da usuária, sobre o motivo do procedimento, além de dados gerais sobre a mulher atendida.

A unidade de saúde que primeiramente começou a fazer a IVG na perspectiva da nova lei foi a já citada Maternidade Alfredo da Costa, uma unidade de saúde referência nesta área no país. Assim, em pleno período de implantação desta lei, realizamos em julho de 2007 um estágio, de aproximadamente 24 horas, distribuídos em quatro dias da mesma semana¹⁶.

Os atendimentos¹⁷ às mulheres solicitantes da interrupção voluntária da gravidez estavam sendo feitos duas vezes por semana, cada dia por uma médica. A média de atendimento por dia no início era de 09 mulheres, estando, no período do estágio, em torno de 14 mulheres. Elas estavam sendo atendidas no consultório de obstetrícia, mas havia a intenção de criar um espaço físico distinto para esse atendimento. Algumas vinham diretamente à unidade e outras eram encaminhadas por serviços de saúde. Neste último caso, quando estavam em quadro adiantado de gravidez, a primeira consulta, na outra unidade de saúde, contava como o período de reflexão, já que a lei exige três dias entre a primeira e a segunda consulta para a realização da IVG. O interessante é que, ao contrário do que muitos que eram contra a legalização diziam, as mulheres têm procurado o serviço de saúde no período de gestação que a lei faculta.

Destas mulheres atendidas, apenas uma por dia, ou menos que isso, estava solicitando aconselhamento com psicólogos ou assistentes sociais. A avaliação da médica é de que as mulheres já chegavam ao serviço decididas. Cabe destacar que o aconselhamento ou era pedido pela usuária ou sugerido pela médica, quando esta avaliava que seria importante. Por vezes, embora a médica considerasse que era relevante o aconselhamento, a própria mulher não o queria. Em geral, segundo a médica, as mulheres que solicitavam o aconselhamento eram as que estavam na dúvida em levar adiante ou não a interrupção da gravidez. Registre-se que as adolescentes, menores de 16 anos, tinham (e têm) que, necessariamente, passar pelo aconselhamento. Na pesquisa aos arquivos do Serviço Social

¹⁶ O estágio foi realizado junto à equipe de Serviço Social. No primeiro e segundo dias acompanhamos os atendimentos do Serviço Social; no terceiro dia lemos os prontuários das usuárias atendidas pelo Serviço Social que solicitaram a interrupção voluntária da gravidez; no quarto dia tivemos uma entrevista com uma das duas médicas que estavam atuando diretamente nos atendimentos de solicitação da IVG. Durante o estágio tivemos acesso aos relatórios dos serviços e aos relatórios finais de estágio de graduandos em Serviço Social. Gostaríamos, aqui, de agradecer a todos(as) os(as) profissionais da MAC, em especial à equipe de Serviço Social e a sua chefia, que muito bem nos acolheram e permitiram o estágio.

¹⁷ Todas as informações neste parágrafo remetem a informações colhidas junto à médica.

pôde-se perceber que até 06 de julho de 2007 foram atendidas 15 mulheres adultas e 27 adolescentes, o que é uma expressão, de fato, que poucas mulheres adultas têm solicitado o aconselhamento que a lei prevê ou de que estão desinformadas sobre essa possibilidade.

Ainda algumas questões sobre o aborto e o Serviço Nacional de Saúde em Portugal

Uma questão sobre o aborto, presente no círculo dos profissionais de saúde, passa por qual tipo de atribuição terão esses profissionais frente a uma mulher que expressa a vontade de interromper a gravidez. Parece-nos que em Portugal há uma nebulosa relação entre a autonomia dos usuários dos serviços e a formação moral dos profissionais de saúde, mesmo quando essa relação se materializa no serviço público-estatal¹⁸. Impactante para essa análise é a reportagem da segunda citação, que entrevista dois estudantes de medicina da cidade do Porto, com posturas divergentes sobre a interrupção da gravidez, já que ambos afirmam o “respeito” à consciência do médico. Ou seja, mesmo que seja promulgada a lei (como foi), os médicos, mesmo sendo funcionários públicos, poderão, segundo esses estudantes, negar a realização da interrupção da gravidez. As falas não são isoladas. Outra expressão é o debate entre as profissões sobre o “que fazer” com a regulamentação do plebiscito.

Isto automaticamente nos faz refletir sobre qual impacto terá a prática da interrupção da gravidez nos serviços de saúde e nos seus processos de trabalho coletivos. Serão feitos no âmbito do fluxo do SNS? Serão ações isoladas procedidas por um ou outro profissional em um e outro serviço? As usuárias serão persuadidas a ponto de buscarem esse procedimento em outros serviços, se calhar, privados ou com procedimentos de higiene questionáveis?

Uma reflexão importante a ser feita é relativa à “objeção de consciência”, que é o direito de todo profissional se posicionar frente a uma ação de que eticamente discorda, por motivos religiosos ou morais. Na questão do aborto esta objeção é frequentemente levantada por profissionais de distintos países. Em Portugal, devido à descriminalização do aborto, foi construído pelo SNS um formulário “objeção de consciência” em que o profissional, ao preenchê-lo, deve assinalar qual tipo de objeção tem sobre a questão do

¹⁸ Aliás, observamos nos fóruns em que participamos, o que mereceria um estudo específico, que a ética profissional aparece nos discursos sempre como *a* protetora do profissional, sendo secundário, ou mesmo ausente, a remissão à ética profissional como *a* defensora dos direitos dos usuários, também.

aborto. Uma vez preenchido, não poderá esse profissional desenvolver o mesmo procedimento na rede privada.

“O objector deve especificar expressamente quais alíneas do n° 1 do artigo 142 do Código Penal a que concretamente se refere a objecção, ou seja, deve explicitar se se refere a alínea a) (‘a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida,’), à alínea b) (‘b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez,’), à alínea c) (‘c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congênita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo tempo,’), à alínea d) (‘d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas,’) ou aliena e) (‘e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez,’), ou a várias, especificando sempre quais.”

O preenchimento deste formulário vem demonstrando uma questão ética, pois a grande maioria dos profissionais está assinalando apenas a alínea *e*, o que explicita que não são contra o procedimento em si, e sim, contra a autonomia da mulher na decisão do aborto. Só isso já nos indica a profundidade ética que a questão do aborto envolve e que será tratada mais a frente, no capítulo 2 da parte II dessa tese. Apenas, por agora, cabe lembrar que pelo fato do aborto ser um direito, hoje, em Portugal, acreditamos que este deve se materializar na constituição de serviços para a sua realização com profissionais capacitados técnica, científica e eticamente. Isso, em termos formais, está posto no mesmo formulário, já que ao preenchê-lo o profissional assume os seguintes compromissos:

“Tenho conhecimento da minha posição de prestar assistência necessária às mulheres cuja saúde esteja comprometida ou em risco, em situações decorrentes da interrupção da gravidez.

Tenho conhecimento da minha obrigação de encaminhar mulheres grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais.

Tenho conhecimento de que me encontro impossibilitado de participar na consulta prévia e no acompanhamento das mulheres grávidas durante o período de reflexão”.

Outra questão que merece ser refletida refere-se a como o Estado adaptará, *com qualidade*, as suas instituições para a realização deste serviço. Um Estado que vem, paulatinamente, se desobrigando da assistência à saúde irá se responsabilizar com a constituição de um serviço como o da interrupção da gravidez, tão polêmico, mesmo em Portugal considerando o resultado do plebiscito de 11 de fevereiro? O governo indicou a gratuidade deste serviço e isso já foi alvo de crítica (pequena é verdade), de alguns articulistas de jornal. Em alguns hospitais do norte do país a objeção de médicos foi de 100%. Na região autónoma das ilhas de Açores a lei não foi implantada por recusa do governo local, que supostamente tem respaldo da população, uma vez que nessa região o *não* teve 69,05% dos votos. É provável que não só governo, mas intelectuais, alguns usuários e partidos futuramente se perguntem: “Não há coisa mais importante para se gastar com o dinheiro público?”

Por fim, consideramos relevante socializar a nossa hipótese de que a descriminalização do aborto foi aprovada em Portugal devido ao impacto negativo que tiveram para a população os julgamentos após o plebiscito de 1998, quando surpreendeu a aplicação, de fato, da lei (Tavares, 2003. Campos, 2007. Peniche, 2007) e, também, por que foi muito forte o argumento da importância de se adaptar o país à modernidade, tema este muito caro, ainda, para os portugueses, considerados os longos anos de escuridão da era Salazar e a necessidade de pertencimento à Europa.

Sobre a contra-reforma na saúde, acreditamos que está sendo feita devido à exigência da União Européia, sendo prerrogativa para a entrada de maiores financiamentos no país. Nesse sentido o alerta de um partido da oposição, o Bloco de Esquerda, nos indica que o aumento das taxas moderadoras para os cofres públicos em si é insignificante, pois financia algo em torno de 1% do SNS. Na realidade, a busca é introduzir a cultura de uma crise da saúde e o caminho, aparentemente inexorável, da compra dos serviços de saúde. Isso em Portugal, frente ao Brasil, está em passos iniciais. Mesmo que formalmente tenhamos alterado bem menos a Constituição Federal de 1988, no que tange à Saúde sabemos que, na realidade, muitos dos brasileiros não conseguem acessar o SUS e outra parte expressiva, muitas de trabalhadores assalariados, teve que se render aos planos privados de saúde, germinando a ideologia de que para ser cidadão é necessário comprar, o que Mota (1995), ao analisar a cultura de crise da seguridade social brasileira, chama de “cidadão consumidor”.

Em Portugal, em ambos os casos – a contra-reforma do Estado na saúde e a descriminalização do aborto – mesmo que em direções opostas e com densidades

diferentes, está o papel central normativo da União Europeia e a adaptação que esta exige dos seus países membros, que está vinculada ao poder, maior ou menor, de negociação de cada um dos seus países integrantes.

O caminho de volta: atravessar o Atlântico e as idéias, em busca de reflexões sobre o cotidiano de trabalho dos (as) assistentes sociais na Saúde

Uma vez termos passeado em torno da questão das alterações no Serviço Nacional de Saúde e as questões que envolveram a descriminalização do aborto em Portugal, faremos na parte I da tese, “A Saúde no Brasil: a contra-reforma do Estado e a criminalização do Aborto”, uma incursão sobre esses dois temas na realidade brasileira.

No capítulo 1 da parte I, intitulado “A política de saúde no Brasil” desenvolveremos um panorama da trajetória histórica da política de saúde no Brasil. Por meio dos determinantes da constituição e desenvolvimento desta política no país, buscaremos apreender a potencial força do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impasses e lutas para a sua efetivação, especialmente sob os efeitos deletérios da contra-reforma empreendida pelos governos ao próprio SUS.

No capítulo 2 da parte I, intitulado “A questão do aborto no Brasil”, empreenderemos também uma reflexão histórica sobre o aborto no Brasil, buscando captar as particularidades do debate que atravessam essa questão no país. Nos deteremos na reflexão sobre as características deste debate na atualidade, buscando desenvolver uma análise sobre as diferentes perspectivas expressas nesse debate.

Na parte II, “Serviço Social: trabalho coletivo na saúde, cotidiano e princípios ético-políticos”, após termos abordados os dois eixos que conduzirão a pesquisa sobre o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais, refletiremos sobre o que estamos tratando quando nos referimos ao cotidiano, ao Serviço Social e a sua função social na saúde, e sobre os princípios éticos e políticos dessa profissão.

No capítulo 1 da parte II, intitulado “Trabalho coletivo em saúde e a inserção dos profissionais de Serviço Social”, empreenderemos uma análise, pautada na tradição marxista, sobre o trabalho, desde a sua configuração original, quando por meio deste o homem se constitui em um ser social, como se deu na história até os dias de hoje. Esse caminho nos fará trazer as particularidades do exercício profissional do assistente social no contexto do trabalho coletivo em saúde, um caminho, portanto, distinto das análises que se pautam na “sociologia das profissões”.

No capítulo 2 da parte II, intitulado “Cotidiano e ética no exercício profissional dos (as) assistentes sociais nos serviços de saúde”, partiremos da reflexão sobre o cotidiano e de como este é, por natureza, um espaço do exercício ético, uma vez que no agir do dia-a-dia estamos dando respostas a diferentes necessidades e estas – respostas e necessidades – são, de forma menos ou mais consciente – expressões dos valores morais que temos.

Em ambos os capítulos desta parte refletiremos sobre os desafios postos – no cotidiano do trabalho coletivo em saúde – à profissão Serviço Social, na perspectiva de fortalecimento do seu projeto ético-político.

Na parte III da tese trataremos da pesquisa de campo propriamente dita. À primeira vista pode parecer que há na tese uma cisão entre uma parte teórica e outra empírica, o que asseguramos ser um engano. Durante as duas primeiras partes tratamos de temas que emergiram da análise do objeto de pesquisa e que se articulam com a empiria não por acaso os seus capítulos são abertos com trechos de falas colhidas em nosso exercício profissional. Em virtude disso – da riqueza de temas que, acreditamos, os capítulos abordam e da sua importância, no seu conjunto, para análise dos dados – é que optamos em construir um capítulo à parte sobre a pesquisa e os seus achados.

Assim, no capítulo 1 da parte da III, recuperaremos os pressupostos da pesquisa e do contexto em que se deu – numa experiência de assessoria – apresentaremos o hospital e, por fim, uma análise, em diálogo com a fala dos assistentes sociais entrevistados. Por uma escolha nossa não identificaremos a instituição nem os profissionais.

Nas considerações finais buscaremos realizar um balanço, tomando como eixo tanto os resultados da pesquisa quanto uma análise breve da conjuntura de crise, mais uma, que se anuncia desde 2007.

Enfim, a tese se originou, e assim foi construída, por uma preocupação com o exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde. Pretende contribuir para a qualificação do exercício profissional no cotidiano, com absoluto respeito aos profissionais que aí atuam. Para isso é importante a análise crítica, o estudo e uma escolha ético-política, sempre consciente dos limites e das possibilidades postas na atual cotidianidade.

Parte I:
A Saúde no Brasil: a contra-reforma do Estado e a criminalização do
aborto

Capítulo 1: A Política de Saúde no Brasil

Introdução:

Em uma reunião com lideranças do movimento popular da saúde:

- *Eu acho que com o SUS piorou muito! Antes nós íamos ao IAPETEC e éramos logo atendidos. Tive todos os meus filhos lá e lá todos foram acompanhados. Agora piorou, a gente vai ao posto de saúde e marca uma consulta com dias de antecedência, sem contar a fila, tem que chegar muito cedo* - disse uma senhora, representante da associação dos aposentados.

- *Pois eu acho o contrário. Lembro-me da dificuldade que eu tive uma vez em ser atendido num problema de saúde que tive. Não existia esse serviço. Agora a gente consegue ser atendido!* - rebateu o representante da associação de usuários dos serviços de saúde mental.

Em determinado momento, num grupo com os acompanhantes, dos usuários internados em um hospital:

- *Nós gostaríamos de saber como vocês tem avaliado o atendimento prestado pelo hospital.* - diz o psicólogo.

- *Excelente.* - diz uma senhora.

- *Muito bom.* - diz outra.

- *Mas vocês não reclamaram que durante esse final de semana não teve visita do médico na enfermaria?* - diz o assistente social

- *Ah! Mas é por que o senhor não conheceu esse hospital antes. Isso aqui era um matadouro. A gente vinha pra cá e ficava torcendo para que, caso fosse ser internado, que transferisse para outra unidade, como na maioria das vezes acontecia. Aqui a gente não queria ficar de jeito nenhum.*

- *É, eu mesmo nunca consegui ser atendido aqui, a não ser quando era para se fazer apenas um curativo.*

- *É isso mesmo. Isso aqui, o hospital, tá muito bom!*

Esses trechos de histórias acima esboçadas são – com uma ou outra alteração derivada mais dos enganos da memória do que por quaisquer outros motivos – exemplos concretos vividos na nossa experiência profissional. São aqui trazidos porque expressam uma questão que desde cedo nos acompanhou – pois o primeiro exemplo é derivado da experiência de estágio na graduação em Serviço Social: entender não só como a política de saúde se estruturou no país, mas, sobretudo, decodificar por que cada sujeito *avalia* diferenciadamente os serviços que essa política materializa. É nessa perspectiva, de entender a evolução da política de saúde em articulação aos diferentes interesses contraditórios que a materialização desta política gera, que o presente capítulo se justifica.

1. Caracterização das Políticas Sociais

Na história há um profundo debate sobre o bem estar da sociedade, sobre os pobres e o papel do Estado nesta esfera. Esse debate pode ser remetido aos clássicos escritos por Hobbes, Locke, Rousseau, entre outros. Contudo, podemos entender que a emergência da política social se dá no final do século XIX e a sua generalização no pós-segunda guerra mundial (Behring, 2006).

O surgimento das políticas sociais está vinculado ao debate sobre o citado papel do Estado, mas emerge em um momento específico da história, quando se vislumbra os limites do liberalismo. Segundo Behring (2006) pode-se destacar dois motivos para isso. O primeiro foi o crescimento do movimento operário, que se origina a partir do seu potencial de reivindicação política, de onde a vitória do movimento socialista na Rússia de 1917 e modelo de trabalho pautado no fordismo são fatos constitutivos, na medida em que o primeiro fato dava um forte alento às lutas comunistas, por sua vez, o fordismo era uma forma de organização do trabalho em grandes fábricas, o que facilitava a organização política dos trabalhadores. O outro motivo apontado por Behring foi a monopolização do capital, que explicitou o equívoco da utopia liberal, de que o empreendedor agiria por sentimentos morais.

É neste contexto que as idéias de Keynes passam a ganhar espaço e se consolidam no pós segunda guerra mundial. O Estado passa a ter um fundante papel na regulação, sendo responsável por políticas sociais. É neste marco, de ação residual nos marcos do liberalismo e implantação do Estado de Bem-estar social, que podemos refletir sobre a origem das políticas sociais.

As políticas sociais surgem, então, no trânsito do capitalismo concorrencial para a era do capitalismo monopolista¹⁹. O capitalismo no seu estágio monopolista interfere de forma funcional e estrutural no Estado. Entretanto, isso não quer dizer que o Estado anteriormente não tivesse uma importante intervenção. O que há nesse período é uma captura do Estado pela lógica de capitalismo monopolista – ele é o seu Estado – havendo, para tanto uma articulação orgânica entre os aparatos privados dos monopólios e as instituições estatais (Netto, 1992).

¹⁹ Essa periodização é realizada por Netto (1992). Behring (2006), pautada em Ernest Mandel, aborda as fases da seguinte maneira: período concorrencial (a partir de 1848), imperialismo clássico (final do século XIX até a década de 30 do século XX) e capitalismo tardio (ou maduro), que emerge desde a segunda guerra mundial, ocorrida entre 1939 e 1945.

Para o Estado exercer – no estrito jogo econômico – o papel de “comitê executivo da burguesia”, ele deve se legitimar politicamente. Daí a necessidade de incorporar outros protagonistas sócio-políticos. Portanto, há um *alargamento* das bases de legitimação e sustentação, mediante generalização e institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais, permitindo ao Estado organizar um consenso que assegura o seu desempenho. Isso pode parecer uma contradição, mas há que se lembrar que esse período de transição do capitalismo é também acompanhado de um salto organizativo do proletariado e do conjunto dos trabalhadores (Netto, 1992).

É só assim que as “seqüelas” da questão social podem se configurar como objeto de intervenção contínua do Estado, já que esta pode ser compreendida como a expressão da desigualdade gerada pelo próprio capitalismo²⁰. Assim, a questão social se põe como alvo das políticas sociais. A política social no capitalismo monopolista, segundo Netto (1992), é o maior exemplo da indissociabilidade das funções econômicas e políticas do Estado.

A intervenção sobre a questão social é fragmentada, pois não se atinge o todo e se setoriza a questão social, como se fossem problemas específicos por exemplo, como se existissem problemas distintos do idoso, da criança, da saúde etc. Não poderia ser de outra forma: caso o Estado deixasse de enfrentar a questão social de forma fragmentada, se remeteria concretamente à relação capital e trabalho, o que colocaria em xeque a ordem burguesa.

Portanto, podemos afirmar que historicamente as conquistas das classes trabalhadoras são frutos de um processo de lutas e reivindicações. Sendo assim, histórica e mundialmente as políticas sociais acontecem enquanto fruto do movimento operário organizado. No entanto, a formulação e a execução da política social tem que ser entendida enquanto contraditória, pois o Estado, ao coordená-la, não o faz porque está sendo obrigado e, sim, por que também compreende ser necessário para a manutenção de seu projeto político, que está articulado, quase sempre, aos interesses da classe burguesa, na medida em que esta, historicamente, vem ocupando o espaço do Estado. Assim é que

²⁰ O termo “questão social” tem sua origem por volta de 1830, por conta do fenômeno do pauperismo evidenciado pela primeira onda industrializante na Europa. No final do século XIX, passa a ser utilizado no vocabulário dos autores conservadores, por meio de sua crescente naturalização e a partir daí passou a não fazer parte do pensamento revolucionário. Contudo, é com as idéias Marx que a questão social pode ser desmistificada e entendida como um desdobramento da própria ordem burguesa (Netto, 2001). É nesse sentido que Iamamoto considera a questão social como “a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão” (Iamamoto e Carvalho, 1991: 77). Recentemente, Iamamoto, entre outros autores, vem sistematicamente alertando de que não existem várias questões sociais e sim diferentes expressões da questão social, já que esta é fruto da velha e persistente desigualdade gerada pelo capitalismo, contudo com facetas contemporâneas. Para tanto, ver Iamamoto (2001a).

podemos afirmar que as políticas sociais são ao mesmo tempo concessão do Estado e conquista dos trabalhadores (Faleiros, 1991).

2. Panorama da trajetória da política de saúde no Brasil entre 1930 e 1990: da sua tímida institucionalização à garantia legal do direito

As origens da política de saúde no Brasil retomam ao início do século XX, quando o país iniciava o seu processo de industrialização, havendo indícios do inchaço das grandes cidades (Rio de Janeiro e São Paulo), o aumento de doenças e o surgimento do movimento higienista (liderado no Rio de Janeiro, por Oswaldo Cruz, e em São Paulo, por Emílio Ribas) e o início da organização política dos trabalhadores – do qual a fundação do PCB (Partido Comunista Brasileiro) em 1922 é uma demonstração. Assim, a realidade brasileira exigia uma intervenção na questão social emergente, tanto por parte dos trabalhadores que se organizavam, como pelo empresariado que passava a cobrar uma intervenção maior do Estado, como também por parte deste que necessitava se legitimar no poder. Havia ainda, apelos das camadas médias pela garantia da ordem.

O germe das políticas sociais brasileiras são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), criadas em 1923, a partir da lei (decreto nº 4.682, de 24/01/1923) proposta pelo deputado Eloy Chaves. Esta é uma afirmação generalizada na bibliografia sobre o tema. Vieira lembra alguns antecedentes como a lei de 1809, que se referia às horas de trabalho para mulheres e crianças, bem como a constituição monárquica de 1824, que aponta uma preocupação com a educação do povo, não mais que isso. Segundo o mesmo autor, será somente a Constituição Federal de 1934, outorgada no governo provisório do presidente Getúlio Vargas, a primeira a tratar de políticas sociais (Vieira, 1998).

O ineditismo da Eloy Chaves também é confirmado por Oliveira e Teixeira (1989), em seu clássico estudo. Segundo os autores, não há como afirmar que as leis anteriores saíram do papel. Ao contrário de várias leis que por ventura possam se encontrar antes de 1923, as CAP's foram efetivamente implementadas. A previdência social que será promulgada, mais a frente por Vargas, será herdeira da significativa estrutura montada pelas CAP's.

A lei de 1923 não se constitui em um ato aleatório e, sim, expressa uma mudança de postura do liberalismo anteriormente vigente no Brasil, se inserindo num amplo contexto de mudanças. Marca uma nova posição do Estado frente ao tema, mesmo que este pouco

ou nada tenha participado do financiamento desta estrutura inicial, uma vez que as CAP's surgem por uma imposição legal (Oliveira e Teixeira. 1989: 21-22).

Primeiramente foi criada a CAP para os ferroviários, sendo logo depois estendida às categorias dos marítimos e dos portuários. As CAP's eram organizadas por empresas e se caracterizavam por prestar assistência médica e benefícios previdenciários, mantidas por contribuições financeiras do empresariado e do trabalhador, sendo administradas por representantes destes segmentos (Oliveira e Teixeira. 1989: 31).

Até o final da década de 1920, as CAP's cobriam somente as três categorias citadas – com prestação de serviços previdenciários e a assistência médica – e estava em tramitação no Congresso a extensão para a categoria dos comerciários.

Na década de 1930 as CAP's foram, paulatinamente, sendo agrupadas ou incorporadas aos IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensões, criados por Getúlio Vargas. Os IAP's, ao contrário das CAP's, são inseridos na órbita do Estado, com a participação deste no seu custeio, contudo com o poder de nomeação da presidência dos Institutos²¹. Em 1933 foi criado o primeiro IAP, o IAPM (Marítimos), pelo decreto nº 22.872, de 29/06/1933. As CAP's só foram totalmente extintas na década de 50 e é em 1954 que é promulgado o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões”. O que passava por trás deste ato eram a centralização (característica muito própria deste período) e o interesse de Vargas pelo controle do montante de dinheiro que essas instituições gerenciavam²² (Idem, 68; 128-165).

Mesmo entre aqueles segmentos que contavam com os serviços dos IAP's, o tamanho da cobertura e a qualidade do atendimento eram diferentes, pois isso dependia do grau de organização da corporação profissional e, secundariamente, do potencial de arrecadação da mesma.

As quatro décadas, desde a implantação da primeira CAP até aos IAP's, são marcadas por diferentes conjunturas políticas, que, naturalmente, vão marcar as políticas sociais em construção. Tomando como referência a assistência médica, podemos afirmar que no período até 1930 esta é entendida como função precípua do sistema previdenciário emergente. Não por acaso, na legislação, é a primeira atribuição das CAP's, com a criação

²¹ Diferentes analistas afirmam que a participação do governo nesse financiamento se dava apenas formalmente. Na prática, desde sua origem, o dinheiro dos trabalhadores foi desviado para a construção de obras públicas, sem retorno financeiro para a previdência. Indispensável, também, lembrar a falta de controle público sobre o orçamento. Todas essas características emergem neste momento histórico e permanecem até o presente (Oliveira e Teixeira, 1989. Tavares Soares, 1999).

²² Tanto que em 1945, por meio do decreto lei nº 7.526, Vargas chegou a criar o Instituto de Serviços Sociais do Brasil. Contudo, essa iniciativa não foi à frente e logo depois houve a deposição do citado presidente da república.

de serviços próprios. No período de 1930 a 1945, essa política irá mudar a partir de um discurso de ampla contenção dos gastos previdenciários: os serviços de assistência médica serão restringidos e prestados por clínicas e hospitais conveniados. Tanto que em 1945 só existiam em todo o país quatro hospitais próprios dos IAP's. No período da redemocratização, 1945 a 1960, essa situação irá se transformar com o aumento do número de serviços previdenciários e com a construção de serviços próprios para a assistência médica. Entretanto, emergem, após 1955, diversas críticas à crise financeira da previdência e discursos do próprio Estado na defesa – legal, já que na prática não existia – da não contrapartida estatal no custeio da previdência social. Enfim, um debate sobre a contenção dos gastos, ao mesmo tempo em que esse período era marcado pelo aumento progressivo da contribuição dos trabalhadores para a previdência (Oliveira e Teixeira. 1989). Na realidade, no final desse período, mesmo com o discurso da crise, nenhum governante pode assumir a redução dos serviços prestados pelos IAP's. Exemplo desta contradição é a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, que nivelou os benefícios por alto e garantiu o direito à assistência médica; bem como a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que, mesmo sendo realizada sem a participação da população aprovou em suas diretrizes a municipalização da saúde.

Em 1966, no ápice do regime militar imposto em abril de 1964, os IAP's são unificados e, com isto, se cria o INPS, por meio do decreto n°. 72 de 21 de novembro de 1966, gerando, conseqüentemente, uma enorme centralização e uma junção de recursos nunca vistos na história deste país. O processo de unificação é marcado por duas características fundamentais: o “crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político” (Oliveira e Teixeira. 1989: 201).

O golpe de abril de 1964, segundo Netto (1996), não pode ser visto enquanto um fenômeno isolado, e, sim, circunstanciado numa conjuntura onde vários países da América Latina sofreram intervenção autoritária sob a égide do capital estrangeiro, com apoio de potências capitalistas, notadamente os EUA. A conjuntura em que viviam esses países – de amplos movimentos de libertação nacional e social – frente à ameaça do comunismo era o fator que articulava interesses para o cessar da discussão política no interior dos mesmos. É observado no Brasil que nas décadas de 1950-60 começam a haver no interior de alguns grupos a introdução de discussões consideradas pela direita como subversivas. É a partir desse cenário, redimensionado com a renúncia de Jânio Quadros e ascensão de João

Goulart²³, que se dá o golpe militar de abril de 1964, uma vez que a dinâmica de exploração de mão-de-obra e da acumulação, viabilizadas pela industrialização pesada, entrava em choque com as demandas e requisições democráticas de parcela da sociedade civil.²⁴

A estratégia utilizada na maioria dessas nações foi a contra-revolução, que poderíamos denominar, a *grosso modo*, como a tomada do poder pelos setores dominantes quando é percebida a gestação de alguma mobilização da sociedade civil que pode vir a se configurar numa revolução. Sendo assim, Netto (1996) identifica três objetivos para a contra-revolução preventiva, denominação que o autor dá – inspirado em Florestan Fernandes – à ascensão da autocracia burguesa (no caso do Brasil) ao poder, via o golpe de abril.

“A finalidade da contra-revolução preventiva era tríplice, com seus objetivos particulares íntima e necessariamente vinculados: adequar os padrões de desenvolvimento nacional e de grupos de países ao novo quadro do inter-relacionamento econômico capitalista, marcado por um ritmo e uma profundidade maiores da internacionalização do capital; golpear e imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção mais subalterna no sistema capitalista; e, enfim, dinamizar em todos os quadrantes as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo.” (1996: 16).

Segundo Netto (1996:25), a ditadura militar no Brasil não pode ser encarada como um período homogêneo e, sim, como momentos distintos, tendo identificado, ao todo, três: o primeiro, que vai de abril de 1964 a dezembro de 1968; o segundo, que abarca de dezembro de 1968 a 1974; e o terceiro, que compreende o período de 1974 a 1979. Netto não inclui o governo de Figueiredo no rol do ciclo autocrático burguês²⁵ por entender que nesta gestão já se evidencia o final deste ciclo, na medida em que mostra a incapacidade da ditadura de reproduzir-se como tal, frente à articulação e mobilização de setores da

²³ Cabe lembrar a polêmica feita à época da renúncia de Jânio em torno do fato de que seu sucessor estava visitando a China, um país comunista, e de que esta aproximação representava um perigo para o país.

²⁴ Entretanto, cabe lembrar a assertiva de Netto (1996:22): “a ampla mobilização de setores democráticos e populares, que encontrava ressonância em vários setores do aparelho estatal, não caracterizava um quadro pré-revolucionário”. Na área da saúde cabe trazer a reflexão de Noronha e Levcovitz (1994: 75-76) de que o período do desenvolvimentismo não trouxe alteração de fundo na política de saúde, uma vez que se fortaleceu uma tecnoburocracia nos IAP's e a criação de redes públicas de pronto socorro para a população descoberta pelos IAP's. Segundo os autores é no final desse período, em 1963, que se instaura um debate sobre a criação de um sistema nacional de saúde daí a Conferência Nacional de Saúde, mesmo sem participação popular, aprovar a municipalização da saúde. Desnecessário dizer que essa ação não será implementada, devido ao golpe militar de 1964.

²⁵ Categoria utilizada pelo autor ao se referir ao período da ditadura militar no Brasil

sociedade civil, principalmente do movimento popular, e o acúmulo de forças da resistência democrática²⁶. Apesar dessa não homogeneidade, cabe lembrar “*dois componentes fundamentais que percorrem o processo global da ditadura*”: o primeiro é o recurso à doutrina da segurança nacional; o segundo, fato de hegemonia da oposição democrática manteve-se sempre na mão das correntes burguesas (Netto. 1996: 43-44).

Pensando as particularidades da política de saúde em cada fase da ditadura militar, podemos observar, com auxílio de autores da área, que o período de 1964 a 1968 foi marcado pela adaptação em geral, e não só na política de saúde, do Estado brasileiro ao autoritarismo da ditadura. Varreu-se com os mecanismos democráticos existentes e se instalou um aparelho que suportasse à ditadura, sendo o maior exemplo o Ato Inconstitucional n.º. 5, de 1968, que fechou o congresso e suspendeu os direitos civis. Daí a criação do INPS, em 1966, e de seus mecanismos de legitimidade, a extensão da cobertura. Para Oliveira e Teixeira (1989) a política de saúde nesse período tem as seguintes características: extensão da cobertura para quase toda a população urbana e parte da população rural; privilegiamento da prática médica curativa, em detrimento da saúde pública; desenvolvimento de um complexo médico industrial, de medicamentos e equipamentos, promotor de acumulação do capital; e ênfase em uma prática médica orientada para a lucratividade, a partir da intervenção estatal.

O período que vai de 1968 até 1974/75, é conhecido como o “milagre econômico”, uma vez que a economia cresceu. Contudo, a população dos estratos econômicos mais baixos pouco usufruiu desse crescimento, uma vez que era corrente a idéia, conforme falava o ministro da economia da época, de “crescer primeiro, para depois dividir o bolo”. As principais orientações da política de saúde nesta época foram: a generalização da demanda por consultas médicas; o elogio da medicina como sinônimo de cura; a construção e reforma de inúmeras unidades de saúde privadas; o aumento do número de faculdades particulares de medicina em todo o país; o aumento de recursos para convênios do INPS com o setor privado, em detrimento do investimento no serviço público (Luz. 1991: 82).

Por sua vez, o terceiro período, 1974/75 a 1979, é marcado pela necessidade da força presente no aparelho estatal para buscar canais de mediação que legitimassem a dominação

²⁶ “O que o governo Figueiredo demarcou, claramente – e de modo inédito, no bojo dos instantes finais do ciclo autocrático –, foi a incapacidade de a ditadura *reproduzir-se como tal*: em face do acúmulo de forças da resistência democrática e da ampla vitalização do movimento popular (devida, decisivamente, ao reingresso aberto da classe operária urbana na cena política), a já estreita base de sustentação da ditadura experimentou um rápido processo de erosão e a compeliu a empreender negociações a partir de uma *posição política defensiva*” (Netto. 1996:34-35. Grifos originais).

burguesa frente à crise, sendo a marca para isso a distensão política. O motivo para a distensão tem sua origem nas seguintes questões: a crise econômica do país e o cenário internacional (a crise do petróleo); a necessidade de legitimação do regime autoritário; a quebra da hierarquia e outras questões no interior da força militar; e a crise jurídico-institucional (Netto, 1996. Bravo, 1996:34). O governo apresentava fragilidades em diversos setores. No caso da saúde, a “grande insatisfação popular” já era perceptível no fim do chamado milagre econômico (Luz. 1991:82). Como balanço da política de saúde nesse período, Bravo (1996:47) aponta a tensão existente entre a demanda para a ampliação dos serviços e sua disponibilidade; os diferentes interesses entre os setores estatal e empresariado médico; e a emergência de um movimento social contestatório a essa política de saúde, que mais à frente será aqui tematizado. As reformas realizadas nesse período reafirmaram a ênfase da política de saúde dividida em atendimento curativo, através da previdência social com ações comandadas pelo setor privado, e as ações de saúde pública, através do Ministério da Saúde, que “embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde” (Bravo. 1996: 48).

Portanto, no que tange à saúde, que no Brasil nunca foi direito de cidadania, há um agravamento da situação que se expressa, por exemplo: no investimento no setor privado em detrimento do público (investimento incessante do Estado através de convênios com isso, muitos foram os hospitais particulares construídos e equipados com dinheiro público); na inversão de prioridades, com a saúde pública sendo, em termos de investimento financeiro, relegada a um segundo plano (favorecendo o ressurgimento de doenças já extintas), priorizando-se, assim, a assistência médica; no acirramento do desvio do dinheiro oriundo da contribuição dos trabalhadores para outras ações que não a previdência social, a saúde e seus serviços e benefícios; na introdução acrítica de novas tecnologias em saúde e na ênfase na ideologia do modelo hospitalocêntrico. Contraditoriamente, há um aumento progressivo de beneficiários do sistema; contudo, com o maior orçamento da história, tal aumento ocorre sem nenhum controle público.

Também data do período da ditadura militar, mais precisamente da década de 1970, um movimento importantíssimo para a saúde no país, que é o “Movimento Sanitário”. Este movimento questionava o sistema de saúde vigente, qualificando-o de irracional, e apresentava propostas para a construção de um sistema de saúde que não discriminasse nenhuma pessoa, ou seja, que não exigisse contribuir financeiramente para ser atendido, e que fosse eficaz e eficiente.

Devido ao regime ditatorial vigente, estas propostas tiveram dificuldades de circularem, de serem divulgadas. Mas, a partir do final da década de 1970, onde se evidencia a impossibilidade da ditadura continuar como tal, devido ao clamor e rearticulação da sociedade civil, o governo se vê na eminência de iniciar a reabertura política, lenta e gradual. Afinal, a ditadura não cumpriu a promessa de desenvolvimento. Os seus efeitos foram deletérios. Conforme relembra Netto (1996) houve, dentre diferentes agravantes, um aumento da miséria urbana, do êxodo rural e um brutal achatamento salarial.

É difícil definir quando um “movimento” tem início. Essa palavra por si já mostra a dificuldade disso. Mas é no final da década de setenta, com a crise da ditadura e o CEBES sendo um órgão aglutinador, que o movimento sanitário pode ganhar expressão abrangente e nacional.

Rodriguez Neto (2003), ao refletir sobre o mesmo tema, indica:

“Iniciar em 1976 o período aqui discutido não é arbitrário. Em realidade a simples criação do Cebes em 1976, com o início da publicação da revista e da série *Saúde em Debate*, já seria suficiente para ditar critério de periodização. Talvez esta tenha sido uma das iniciativas mais oportunas e bem-sucedidas no âmbito dos movimentos civis ‘setoriais’.

(...)

O Cebes construiu sua plataforma ao redor de denúncias da iniquidade da organização econômico-social e da perversidade do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizado e anti-social; como estratégia, a luta pela democratização do País e pela racionalidade na organização das ações e serviços de Saúde.

Talvez esteja aí a fórmula do sucesso. Isto é, a luta política associada a uma proposta técnica, fugindo, pois, tanto do imobilismo quanto do voluntariado, pólos muito comuns nos movimentos sociais então emergentes” (Rodriguez Neto. 2003: 34).

Além do CEBES também foram criados neste período o REME (Renovação Médica), em 1977, e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) em 1979.

Um marco do movimento da reforma sanitária no Brasil foi o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, evento no qual, segundo Rodriguez Neto (1994 e 2003), puderam ser apresentadas para o debate, pela primeira vez, as propostas do movimento sanitário. As proposições desse movimento

foram expressas por meio do documento apresentado pelo CEBES, que se transformou no documento final do Simpósio.

É, portanto, na década de 1980 que se evidencia a crise do Estado brasileiro gerido sob os princípios da ditadura militar e, logo, de suas políticas, inclusive a de saúde. É também neste período que se dá o debate de idéias entre as proposições do Movimento Sanitário e as propostas contrárias à construção da política pública de saúde, propostas estas defendidas pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

Os anos oitenta são marcados, também, pelo fervilhar dos movimentos sociais urbanos²⁷ que, como o movimento sanitário, emergem nos final dos anos setenta, pois o contexto de reabertura política tornou possível a organização desses movimentos pela reivindicação de melhores condições de vida. É na luta pelo cotidiano – por saneamento, creche, serviços públicos, dentre outros – que ganha relevância, naturalmente, a reivindicação por melhores condições de saúde. Há nesse momento histórico uma aliança (e um encontro) desses movimentos sociais urbanos com o movimento sanitário. Alguns tratam separadamente: o movimento sanitário, o movimento popular pela saúde e o movimento médico. Mas também podemos entender o movimento sanitário como constituído por vários movimentos e por diferentes sujeitos, sejam profissionais da área da saúde ou usuários. Essa concepção não descarta, ainda, o papel fundamental dos profissionais do movimento sanitário na articulação ou assessoria às lideranças do movimento popular^{28 29}.

Nessa mesma década, e no mesmo contexto, volta à cena a organização política sobre os direitos das mulheres, tanto no aspecto vinculado a suas condições de vida em geral (organizadas, em geral, em torno dos movimentos de bairro ou movimentos de mulheres), como na organização sobre os seus direitos enquanto gênero (organizada em movimentos

²⁷ Durante essa década a academia no Brasil desenvolveu um amplo e diversificado debate sobre o caráter novo ou não desses movimentos sociais. Emergiram várias denominações (como movimentos sociais urbanos, movimento popular, movimentos sociais, novos movimentos sociais etc) que aqui são tratados indistintamente, uma vez que essa questão não é nosso objeto de análise. Existe disponível uma ampla bibliografia. Para um balanço sintético e esclarecedor deste debate ver Braz (2000).

²⁸ Uma experiência nacionalmente conhecida foi o movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo. Recentemente no extra “Memórias da Zona Leste – SP” do documentário “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde”, dirigido por Renato Tapajós, há um belo registro com depoimento recente das lideranças da época. Essa experiência também está registrada em Jacobi (1993). Fora de São Paulo outras experiências importantes também aconteceram. No Rio de Janeiro, por exemplo, existe o movimento na Baixada Fluminense e da Ilha do Governador (capital). Este último é analisado em Bravo (1996).

²⁹ Tratamos indistintamente o papel de articulador e de assessor por que nesta época não havia, em geral, essa distinção. Em outra produção produzimos reflexões acerca deste tema (Matos, 2006).

feministas). No eixo desta última frente é que passa a se inscrever o debate sobre o direito da mulher ao próprio corpo, fazendo emergir a questão da importância da descriminalização do aborto. Essa questão também foi considerada relevante para o movimento sanitário, tanto que em 1979/80 o CEBES publicou uma nota em defesa da descriminalização desta prática. Como veremos no próximo capítulo, foi somente nesse contexto que pôde se dar a constituição de movimentos e manifestações explícitas em defesa do direito ao aborto (Castro, 1980; Campos, 2007).

Assim, apesar da década de oitenta ser conhecida como a “década perdida”, devido à ausência do crescimento econômico, constituiu-se em um período importantíssimo, de grande mobilização política, logo, riquíssimo para a reconstrução da democracia no país.

É no bojo dessa movimentação política que emerge o movimento pelas diretas, que se constituiu em uma mobilização nacional composta de grandes manifestações populares reivindicando a eleição direta para presidente da república. Esse movimento, conforme afirma Fernandes (1986), foi derrotado, pois a eleição se deu indiretamente, por meio da escolha pelo Congresso Nacional. O escolhido foi Tancredo Neves, que faleceu antes de tomar posse. Assim, o primeiro presidente civil pós ditadura militar de 1964 foi José Sarney (vice de Neves), figura política tradicional em seu estado, Maranhão.

O governo de José Sarney (1985-1990), intitulado “Nova República”, mesmo que presidido por uma personalidade distante na sua trajetória das lutas democráticas no Brasil, contou inicialmente com o ministério previamente escolhido por Tancredo Neves. Isso possibilitou no governo algumas experiências progressistas.

Na saúde foram convocados profissionais vinculados ao movimento sanitário. Isso possibilitou a criação das AIS (Ações Integradas em Saúde) que, na prática, foi uma experiência piloto rumo à universalização da saúde, já que nesta época (mesmo sem a mudança do marco legal) praticamente se aboliu a exigência da comprovação de filiação à previdência para o atendimento nos serviços de saúde.

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde pública neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde. Nesta Conferência foi aprovada a bandeira da Reforma Sanitária, agora configurada em proposta legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes à Conferência. O relatório do evento, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação do setor saúde na reformulação da Constituição Federal.

Nesse período, 1986/87, há uma crise na luta pela reforma sanitária, que adveio do fato da estatização imediata dos serviços de saúde não ter sido garantida na proposta de emenda popular encaminhada à Constituinte e pela ocupação dos profissionais da reforma sanitária nos cargos do governo federal, o que gerava críticas no movimento popular da saúde e subdivisões em torno desta questão (Gerschman. 1995: 85-90).

A Constituição Federal, aprovada em 05 de outubro de 1988, foi elaborada no primeiro governo civil após a ditadura militar, implantada por golpe em 1964 e, por isso, expurga os resquícios daquela ditadura. A nova carta constitucional é considerada como um avanço na luta pela democratização do Estado. Longe de cair na armadilha de pensar que a legalização dos direitos sociais, por si só, garante sua efetivação, o fato é que a sua inscrição legal aponta para a possibilidade de mudanças. Entretanto, em especial no que tange aos direitos sociais, a Constituição Federal pouco foi implantada e já sofreu várias alterações, sobretudo nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), via emendas constitucionais.

É somente com a Constituição Federal de 1988 que as políticas sociais passam a ser tratadas como direito de cidadania e dever do Estado, prevendo, por exemplo, a universalização da saúde (onde todos têm direitos aos serviços e ações de saúde, independente de contribuírem financeiramente ou não), o controle social sobre a previdência social e, também, a garantia de que a assistência social é um direito de cidadania. Assim, estamos falando da seguridade social brasileira, composta pelo tripé *saúde, assistência e previdência*.

Rodriguez Neto (2003) nos informa sobre o processo de construção do SUS na Assembléia Constituinte, desde seu início, em 1986, até a sua promulgação, em 1988³⁰. Primeiramente foi criada a Subcomissão de saúde, seguridade e meio ambiente, composta por 21 constituintes efetivos e 21 suplentes, dos quais poucos haviam escolhido esta comissão como primeira opção e, portanto, desconheciam a realidade da saúde e o seu debate. Daí, importantes foram as audiências públicas. Destas, Rodriguez Neto identifica três propostas apresentadas: uma derivava das resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde; a segunda, defensora da prática liberal e do setor privado, representados pela FBH, AMB, dentre outras; e a terceira apresentada pelos gestores do Ministério da Saúde e da

³⁰ A garantia do SUS na Constituição Federal de 1988 foi fruto de um processo de luta e tensão entre defensores e antagonistas desta proposição, como veremos a partir de agora nesta tese. A Assembléia Constituinte foi uma arena de confronto não só na saúde, mas em todas as áreas polêmicas, como educação, direito à terra, a questão das crianças e dos adolescentes etc. No que tange aos direitos das mulheres, na relação com os seus corpos, a polêmica não foi menor. Sobre a questão do aborto na Constituinte, ver o próximo capítulo.

Previdência Social, preocupados corporativamente com os seus ministérios. As propostas aprovadas nesta Subcomissão foram as sintonizadas com o movimento sanitário, sendo que, como não houve acordo acerca do financiamento, este tema foi encaminhado para a Comissão da Ordem Social.

No início dos trabalhos da Comissão da Ordem Social cada representante da sociedade civil pôde fazer um pronunciamento sobre a política de cada área. Na saúde esta tarefa foi cumprida por um representante do movimento sanitário. Foi uma oportunidade de apresentar aos outros parlamentares os pontos de vista dos movimentos sociais. Nesta Comissão se pôde perceber a influência do ministro da previdência e assistência social, Rafael de Almeida Magalhães, e de seus assessores. Não por acaso nesta Comissão foi apresentada pela primeira vez a proposta da criação da Seguridade Social, que pegou o movimento sanitário perplexo, pois este ficou preocupado de, com isso, não se garantir a direção única em cada esfera. Como se sabe a seguridade social brasileira foi construída assim e também se garantiu o comando único em cada esfera de gestão do SUS.

Consideramos importante fazer uma breve reflexão sobre o conceito de Seguridade Social. Este termo – neologismo da palavra francesa *securité* e da inglesa *security* – tem sua origem nos países centrais da Europa (Teixeira, 1990). Dois modelos, em geral, são utilizados como referência na bibliografia internacional para a definição de seguridade social. O primeiro é o modelo bismarckiano, que é baseado no seguro, uma vez que para ter direitos é necessário que o trabalhador tenha contribuído financeiramente. O segundo modelo, criado por Beveridge, entende que o acesso aos direitos deve ser universal e por isso, o seu financiamento deve se dar pelos impostos fiscais e sua gestão deve ser estatal. (Boschetti, 2003). Esses dois modelos, em geral, se misturam (Teixeira, 1990; Boschetti, 2003). Inclusive por aqui:

“No Brasil, como se sabe, os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social e os do modelo beverigiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio-doença, tido como seguro-saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social” (Boschetti. 2003: 63).

Contudo, como adverte Boschetti (2003 e 2004), por trás da tensão entre seguro e assistência social está a questão do trabalho. É este que garante o acesso à previdência e é sua ausência que possibilita acessar a assistência social. Mais do que isso, é o objetivo da assistência social a inserção no mercado de trabalho. Isso é injusto e desigual nos dias de hoje e num país como o Brasil, devido a nossa imensa desigualdade social e à implantação

do neoliberalismo após os anos noventa. Por isso a autora defende a tese de que a seguridade social brasileira ficou na travessia entre o seguro e a assistência.

Retomando ao processo constituinte, depois da Comissão da Ordem Social o projeto foi encaminhado para a “comissão de sistematização”. Nela foi apresentada a Emenda Popular pela Saúde. Nesse período da Assembléia Constituinte é constituída a Plenária Nacional de Saúde, uma instância fundamental de mobilização do movimento sanitário.

Na votação em plenário, no primeiro turno, se deu a maior polêmica acerca da construção do SUS, com tentativas de sua alteração por parte do bloco conservador, o Centrão. Isso gerou inúmeras negociações. Contudo, em geral, as propostas do movimento sanitário saíram vitoriosas. Alguns pontos importantes não conseguiram ser garantidos, como a definição sobre o orçamento, a questão dos medicamentos e os desdobramentos sobre a política de saúde do trabalhador (Fleury Teixeira. 1989:51). Mas foi um avanço. Como registrou Rodriguez Neto (2003: 84), na semana seguinte a reportagem de capa da revista “Visão” informava: “Constituinte: o fim da medicina privada”³¹.

No que tange especialmente à saúde, na perspectiva da seguridade social, a Constituição Federal de 1988 introduziu importantes inovações. O marco inicial é a *concepção de saúde*, que ao não ser mais compreendida como ausência de doenças é entendida como o acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos pela coletividade, mas apropriado privadamente. Assim, a concepção assume a intrínseca relação da saúde com a política e, portanto, naturalmente, apregoa o direito de todos à saúde daí o acesso ao Sistema Único de Saúde ser entendido como direito universal, não contributivo, onde o sujeito deve ser visto na sua integralidade.

A gestão do SUS tem que se dar, seguindo a lei, por alguns princípios, dos quais destacamos: a *descentralização* das ações, com a ênfase para a prestação progressiva dos serviços por parte dos municípios, a *hierarquização* dos níveis de complexidade dos serviços, de acordo com as demandas da população, a *integralidade* das ações e a garantia da *participação popular* na gestão da política.

O ano de 1988 é importante pela promulgação da Constituição Federal. Mas, marca, paradoxalmente, o início do “giro conservador” do governo Sarney, com o deslocamento de suas alianças de sustentação para o bloco conservador do Congresso – à época

³¹ Uma polêmica nesse período era sobre a estatização imediata, ou não, de todos os serviços de saúde. A Constituição Federal apontou para a participação complementar do setor privado na saúde, algo distinto de ser suplementar. Alguns segmentos do movimento sanitário entendiam que a estatização poderia ser conquistada processualmente. Devido a conjuntura imediata após 1988 não foi isso o que ocorreu. Ao contrário o setor privado na saúde se fortaleceu.

conhecido como Centrão – , com vistas a obter apoio (e de fato conseguiu) para a prorrogação, em um ano, do seu mandato. Com isso, Sarney redireciona seu governo *explicitamente* à direita. Isso impactou também, como já era de esperar, a política de saúde. É neste momento que se dá o afastamento dos intelectuais vinculados ao movimento da reforma sanitária dos cargos do governo. Esse movimento também aconteceu em outros ministérios. Assim, na implementação do SUS, os seus atores decisórios não são mais aqueles vinculados aos ideais da reforma sanitária. Ou, nas palavras de Fleury Teixeira (1989:52): “Contraditoriamente, no momento em que as forças progressistas imprimem sua marca na nova constituição, o executivo assume um caráter reacionário, depurando-se de todos os elementos contestadores que conquistaram seus postos no início do governo civil”.

O Sistema Único de Saúde, tal qual todas as políticas sociais estabelecidas na Constituição Federal de 1988, não foi efetivamente implementado nesse período. A própria Constituição Federal foi criticada pelo presidente da república, José Sarney, ao afirmar que a mesma deixou o país ingovernável. A dificuldade que se vivenciaria nos anos noventa com a não implementação efetiva dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988 já começou no final dos anos oitenta e será acirrada com a implantação do projeto neoliberal na década seguinte.

3. Panorama da política de saúde nos anos noventa: do direito conquistado à perversa realidade

Os anos noventa no Brasil foram marcados pelo êxito ideológico do projeto neoliberal³². Estratégia de rearticulação do capital ao nível planetário após 1973, ele traz consigo a defesa de um Estado mínimo para as questões do social e promove também uma reestruturação do mundo do trabalho, onde a precarização das conquistas sociais e trabalhistas são revistas ou postas em cheque (Tavares Soares, 1999).

O governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementar o projeto neoliberal no país. Entretanto, ele foi deflagrado, de fato, desde o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). A política neoliberal de Collor foi de desmonte do pouco que existia de serviços sociais ou política social, do qual a destruição da LBA é

³² Como afirma Perry Anderson (1996), o neoliberalismo em nenhum lugar do mundo cumpriu a promessa de ativar o crescimento econômico. Ao contrário, aumentou a pobreza. Contudo, conseguiu um efeito único, que foi o êxito ideológico que se expressa pela aparente falta de alternativas, gerando, assim, um consenso.

exemplo paradigmático. Na saúde, Collor evitou o máximo que pôde a constituição do SUS. A Lei 8.080/90 sofreu diversos vetos presidenciais, quase todos referentes à participação popular e ao financiamento. Mais à frente foi aprovada a Lei 8.142/90 que busca corrigir essa lacuna. Por isso, ambas são conhecidas como “Lei Orgânica da Saúde”.

Mergulhado em diferentes denúncias de corrupção, Collor é afastado da presidência e assume o poder o seu vice, Itamar Franco. O governo Itamar é marcado por uma conjuntura sanitária favorável (Paim, 1998). Contudo, Franco pouco inovou efetivamente na política social. Ao contrário, é em seu governo que é criado o plano real, que foi um celeiro para a posterior eleição do seu ministro da fazenda, Fernando Henrique Cardoso.

Numa análise que já realizamos sobre a década de noventa (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001) afirmamos que no Brasil existem duas inflexões que são fundamentais. A primeira é o plano real – que mais que, a eleição de FHC, possibilitou a coalizão de forças necessária para a implementação do ajuste econômico chancelado pelo Banco Mundial (Fiori, 1994) –; a segunda é a Reforma do Estado, defendida por FHC e seus intelectuais – que se constituía em uma estratégia de corte de direitos e por isso expressava, na realidade, uma contra-reforma (Behring, 2003).

A reforma do Estado defendida por FHC e seus intelectuais partia do discurso da constatação da falência dos estados sociais (a crise do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos, a crise do Estado desenvolvimentista nos países em desenvolvimento, a crise do Estado socialista nos países socialistas) e sugeria a criação de um novo Estado, que seria “social-liberal”. Segundo o mesmo discurso seria social porque estaria preocupado com a sociedade e liberal por que não seria estatizante (Bresser Pereira, 1997; Bresser Pereira e Grau, 1999).

A proposta de reforma do Estado identificava neste último quatro setores. O primeiro seria o “núcleo estratégico”, composto pelo Executivo, Judiciário, Ministério Público e outros, que deveriam permanecer na órbita do Estado. O segundo, as “atividades exclusivas do Estado”, que seriam aqueles setores capazes de policiar, fiscalizar, definir políticas e outros; é que como o próprio nome sugeria seriam deveres do Estado. O terceiro núcleo seriam os “serviços sociais e científicos”, que a reforma considera que deveriam ser públicos, mas não prestados pelo Estado (até por que este já teria “comprovado” a sua ineficiência para isto). E, por fim, o quarto núcleo seriam aqueles destinados à “produção de bens e serviços”, que a Reforma do Estado sugeria que não fossem mais responsabilidade do Estado (Bresser Pereira, 1997; Bresser Pereira e Grau, 1999).

Aqui nos deteremos a analisar o terceiro e quarto núcleos, sem dúvida, os mais polêmicos. Vejamos: em tese, o quarto núcleo entendido na reforma do Estado não seria polêmico, já que, de fato, não lhe cabe, por exemplo, ser proprietário de hotéis ou de pequenos imóveis. Entretanto, o que a concretude da realidade demonstrou é que foram privatizadas empresas estratégicas para a economia brasileira, como demonstraram, por exemplo, as vendas da Companhia Siderúrgica Nacional e da Companhia Vale do Rio Doce. Ademais, as privatizações se configuraram, na prática, como repasse, já que tais empresas foram vendidas, estrategicamente, desvalorizadas e com preços bem abaixo do mercado, como demonstraram diversos autores. Praticamente a totalidade das empresas privatizadas fora construída com dinheiro dos trabalhadores, através dos históricos desvios do dinheiro da previdência social para este fim (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001).

O terceiro setor, aquele referente aos serviços sociais e científicos, era, a nosso ver (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001), também um ponto nevrálgico da reforma do Estado. Primeiro por que partia do aparente consenso de que o Estado é incapaz de executar estas políticas, ao mesmo tempo em que há uma valorização da ação não-governamental. Concretamente, aquilo que Atílio Borón (1996) tão bem já caracterizou: a “satanização do Estado” e o “endeusamento do mercado”. E segundo, por que sugeria a criação de OS’s – Organizações Sociais ou OPNES – Organizações Públicas Não-Estatais. A reforma propunha que as atuais instituições públicas fossem transformadas em OS/OPNES, entidades de direito privado. Tais entidades seriam geridas por instituições sem fins lucrativos, com repasse de financiamento do governo para tal. Ao mesmo tempo, a reforma abria precedente para que estas OS/OPNES buscassem recursos próprios. Sobre as esferas de controle social, a dita reforma apenas apontava para a criação de conselhos curadores que não seriam nem paritários na sua composição nem teriam poderes deliberativos.

Assim, de maneira sumária, podemos afirmar que a reforma do Estado defendida pelo governo FHC e seus intelectuais apontou para a redução do espaço público, a quebra de direitos sociais e trabalhistas (já que a reforma pouco informava sobre como ficariam os direitos dos funcionários que trabalhavam nas instituições que se tornariam OS/OPNES), o desmantelamento das políticas públicas entendidas como direitos dos cidadãos e dever do Estado, entre outros. Sendo assim, sem sombra de dúvida se constituiu numa estratégia de contra-reforma, já que pretendeu obstruir os direitos conquistados na Constituição Federal de 1988 (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001).

Portanto, por mais que a reforma do Estado, em especial pela ação de seu intelectual mais caro, Bresser Pereira, tenha tentado se apresentar como “social liberal”, era, sim, uma

estratégia pautada no projeto neoliberal. Ademais, não foi a reforma do Estado uma intenção apenas, e, sim, uma estratégia em curso, como apontava Batista (1999), lembrando a reforma da previdência, a quebra do RJU – Regime Jurídico Único e as privatizações de empresas estratégicas como exemplos cabais.

Análise aprofundada sobre os perversos efeitos desta proposta de reforma do Estado é realizada por Behring (2003). Em seu precioso estudo, a autora vai à história, nas análises marxistas da conformação do país, e analisa especialmente os anos oitenta e noventa. A citada obra, apresenta argumentos sobre as características da “contra-reforma”. Interessante, além da análise pautada nos fundamentos da crítica de economia política, é a crítica à reforma implantada. Também com vistas a mostrar que a “reforma” não foi só uma intenção, mas uma ação destruidora, é que Behring (2003) recupera o impacto negativo na desregulamentação da força de trabalho, as privatizações e o ataque à seguridade social pública.

No breve panorama que acabamos de delinear pudemos observar que a reforma do Estado foi uma intenção em desenvolvimento com clara ideologia neoliberal. Agora iremos pontuar alguns desses impactos na política de saúde do período.

Analizamos a política de saúde na década de noventa em quatro fases (Matos, 2000; Bravo e Matos, 2001). A primeira (1990-1992) compreende o período da presidência de Fernando Collor de Mello, em que a política de saúde acompanhou a política de governo, marcada pelo desmonte do parco que existia e pela obstaculização da implementação das políticas asseguradas na Constituição Federal de 1988. Neste período praticamente o único avanço foi a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, apesar dos inúmeros vetos feitos pelo presidente à primeira Lei.

A segunda fase compreende o período de Itamar Franco na presidência (1992-1994). Inicialmente, até meados de 1993, há uma conjuntura sanitária favorável (Paim, 1998) com Jamil Haddad no Ministério da Saúde. É nesse período que se dá finalmente a extinção do INAMPS, órgão federal centralizador da prestação de serviços de saúde criado, ainda, na ditadura militar³³. Também ocorre a edição da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-1993), que instituiu três estágios de municipalização – pleno, semipleno e incipiente – e foi um incentivo para o avanço da descentralização da saúde, na perspectiva da

³³ “Para se ter uma idéia do superdimensionamento do INAMPS, no momento de sua extinção, quando já avançava o processo de municipalização, o órgão ainda geria 6.500 hospitais contratados e 40.000 credenciados, 9 hospitais próprios, 3 maternidades e 7 postos de atendimento ambulatorial. Dele dependiam 96.913 servidores, distribuídos em coordenadorias regionais, hospitais e postos de saúde, próprios ou cedidos à rede pública conveniada ao SUS, e apresentava 65.104 aposentados incluídos na folha de pagamento” (Gerschman. 1995: 147).

municipalização. Contudo, desde 1993, com Henrique Santillo à frente da pasta da Saúde, o período é marcado por uma ausência de iniciativas com vistas ao avanço do SUS e também, pela ausência de propostas que lhe fossem contrárias.

A terceira fase (1995-1996) é referente ao início do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso na presidência, quando o Ministério da Saúde foi gerenciado por Adib Jatene. Esse período é marcado por um descaso governamental com a política de saúde, havendo constante polêmica entre o responsável pela pasta e os ministros controladores das finanças. É nesse período, após ampla mobilização do ministro da saúde, que ocorre a aprovação da CPMF, que ganhou adesões de número expressivo de lideranças na área da saúde, com o argumento de repasse exclusivo para as ações e serviços de saúde, o que efetivamente não ocorreu.

A quarta fase (1996 até o final do segundo mandato de FHC em 2002) finalmente é marcada por uma adaptação do Ministério da Saúde aos ditames da pasta econômica do governo. Além da gestão interina de José Carlos Seixas, esse período é marcado pelas gestões de Carlos Albuquerque (1996-1998) e de José Serra (desde 1998) no Ministério da Saúde.

Nesta fase é aprofundada no Ministério da Saúde a construção da política de saúde pautada nos princípios da contra-reforma do Estado. Não há um avanço do SUS, na perspectiva do movimento sanitário, mas sim o seu redirecionamento. Expressões disso foram as diferentes campanhas de saúde (retomando uma idéia superada do sanitarismo-campanhista); um desrespeito às instâncias de controle social; a regulamentação, com debate incipiente na sociedade sobre os planos privados de saúde; a proliferação, devido ao financiamento vertical proposto pela Norma Operacional Básica (NOB-96), do PSF/PACS; a criação de Agências – tanto de Saúde Suplementar (ANS) como a de Vigilância Sanitária (ANVISA) – com autonomia orçamentária, poder decisório e sem concurso público para o preenchimento das vagas; dentre outras. Contudo, o mais importante foi a estratégia – que não foi totalmente implementada da contra-reforma do Estado na Saúde (MARE, 1998) – que propunha a transferência dos serviços ambulatoriais de referência e dos hospitais para as Organizações Sociais, na perspectiva do que foi tratado anteriormente, donde o Estado contrataria aquele hospital/serviço que julgasse melhor, independente deste estabelecimento ter sido, um dia, público ou não.

A contra-reforma do Estado na saúde era extremamente perversa e na época já apontávamos as seguintes ponderações:

“O atendimento básico continua sob a responsabilidade do Estado. E não por acaso, já que este não dá lucro.

O credenciamento dos hospitais se dará através da concorrência. E os hospitais públicos que possuem servidores públicos e que não forem selecionados para o credenciamento, fecharão?

Se os atuais serviços de saúde forem realmente transformados em OPNES, como ficará a autonomia do Estado na prestação das políticas sociais?”

(Bravo e Matos, 2001: 209).

Pelo visto podemos afirmar que na década de noventa, o SUS na perspectiva do movimento da reforma sanitária brasileiro, não foi implantado. Ao contrário: sofreu – notadamente no governo FHC³⁴ – diferentes desvios na sua gestão, frutos dos ataques à construção de políticas públicas apregoados pelo neoliberalismo.

A saúde e as outras políticas constitutivas da Seguridade Social brasileira – assistência social e previdência social – não foram implantadas conforme os princípios constitucionais. Ao contrário, assistimos discursos e práticas que apontaram para o desmonte da seguridade social. Frente aos discursos de uma crise do Estado brasileiro, existiu, por parte das diferentes esferas de governo, prática de cortes na efetivação dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. A seguridade social, historicamente o principal alvo, foi encarada de forma particularizada (Tavares Soares, 1999).

Nos anos noventa se assistiu a proposta de mercantilização da saúde e da previdência e a privatização da assistência social (Netto, 1999a). Neste ataque, a saúde e a assistência sofreram mais, ambas por que possuem pouca legitimidade por parte da população, além da existência de poucos movimentos nacionais e da ausência de sindicatos fortes que faziam a sua defesa (Vianna, 1999). A saúde, apesar do seu debate interno e das fragilidades por que passava o movimento sanitário, conseguiu empreender algumas resistências, que foram o grande número de conselhos e, conseqüentemente, o número de sujeitos nacionais envolvidos na defesa da política, a representatividade das conferências de saúde e a mobilização quando alguma ameaça emergia, como as plenárias nacionais de saúde. Já a assistência social, apesar de contar com uma competente e combativa corporação na sua defesa – a categoria dos assistentes sociais – foi, das três políticas de seguridade, a mais atacada, devido ao seu histórico caráter de não política (Vianna, 1999;

³⁴ Como o Estado é, por natureza, um espaço contraditório, nesse mesmo período emerge, no final dos anos 1990, iniciativas importantes no Ministério da Saúde no que tange à saúde da mulher, em direção a discussão sobre a descriminalização do aborto. Contudo, essas iniciativas ficaram restritas a um setor do ministério e tiveram poucos recursos financeiros. Abordaremos melhor essa questão no próximo capítulo.

Sposati, 1994). E a previdência social – além de movimentar um grande montante de dinheiro e envolver poderosos interesses – teve também a importante contribuição da COBAP (Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas) e rápido pronunciamento das entidades representativas dos trabalhadores quando se aventava alguma mudança (Vianna, 1999).

4. A Política de Saúde no governo Lula

4.1. Caracterização Geral do Governo Lula

Analisar a governo Lula é um desafio, que se expressa ao menos por duas características: a primeira é o fato de ser um governo em curso, o que dificulta um afastamento para uma análise mais acurada; o significado que um possível governo de Lula tinha para segmentos de esquerda no Brasil desde a abertura política. Afinal, Lula foi candidato não eleito à presidência da república em três eleições anteriores.

Contudo, o Lula eleito em 2002 tinha uma proposta de governo que o distanciava de uma proposta estritamente de esquerda. Com o tempo a esperança – *slogan* usado na campanha – foi substituída pela consternação com a realidade. Aqui a questão se complica, porque a votação massiva que Lula recebeu não veio somente destes militantes e simpatizantes que acompanhavam a sua trajetória. Em 2002 a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva expressava para a população brasileira a possibilidade de mudança de rota da prioridade econômica e política. Assim, era um fechamento de um ciclo de êxito do Partido da Social Democracia Brasileiro, que estabilizou a moeda, mas forjou uma política social restrita e pouco melhorou as condições de vida da população brasileira.

Braz (2004) identifica três questões referentes à natureza do governo Lula. A primeira refere-se ao significado político da eleição de Lula, já que esta foi resultado de uma ampla coalizão entre setores dos trabalhadores e do capital produtivo. Mas, pela primeira vez foi eleito um governo que, em sua origem, não representava os interesses hegemônicos. A segunda questão refere-se ao fato de que a eleição de Lula se deu em um contexto nacional e internacional de regressão da organização política dos trabalhadores e franca hegemonia do capital. E, por fim, o giro à direita do governo, que está ligado não somente à ampla aliança para a eleição, mas, especialmente, à trajetória do Partido dos Trabalhadores, que desde meados de noventa passa a ter na sua direção a hegemonia das

tendências “moderadas”, que fizeram com que o partido, desde lá, se afastasse de pontos cruciais do seu projeto inicial.

Essas três questões apontadas por Braz (2004), que reconhecemos como eixos fundantes para o entendimento da natureza do governo Lula, serão aqui retomadas em interlocução com outros autores e com a nossa observação nos quatro anos que se passaram desde a publicação do citado artigo. Essa *natureza* continua gerando implicações na atualidade.

Sobre a primeira questão, *o caráter da origem da candidatura Lula e a coalizão*, Netto (2004) compartilha da análise de que a eleição de Lula se deu ao fato do PT ter sido durante todo o governo FHC um pólopositor e de que a mesma é fruto de uma ampla e heterogênea aliança de forças. Afirma que – em virtude das características da eleição – um governo de coalizão era inevitável e necessário.

Aqui lembramos Carlos Nelson Coutinho, citado por Sales (2006):

“fazer alianças não significa propor uma ‘concertação’, uma geléia geral em que os adversários não sejam identificados, em que todos sejam tratados como aliados. Ora, como é impossível conciliar todos os interesses conflitantes, esta tal ‘concertação’ tem significado na prática uma capitulação do governo Lula (...) à fração atualmente predominante no Bloco do Poder” (Coutinho apud Sales, 2006:32).

Assim, de posse da grande legitimidade que tinha a eleição de Lula, Netto (2004) entende que o seu governo poderia ter explicitado a reorientação da política macroeconômica, retirando-a do controle do capital parasitário-financeiro. Isto necessitaria um longo e difícil processo de negociação, mas que – explicitando o caráter mudancista e mobilizando as forças nela interessadas – poderia promover o acúmulo de forças e o consenso necessários para a realização desse giro.

Mas, como já sabemos, não foi essa a estratégia utilizada. O governo Lula manteve a política macroeconômica do governo anterior e em algumas áreas a aprofundou. Impactante foi a reforma da previdência do servidor público, durante anos embarreirada por parlamentares do PT (que será mais à frente abordada).

O aprofundamento do neoliberalismo por um governo que se elegeu como “democrático e popular” gerou não só um descrédito no PT, mas uma crise para a esquerda, como se essa fosse incapaz de construir um projeto alternativo ao hegemônico no mundo atual, ou seja, o projeto do capital.

Sobre o segundo ponto levantado por Braz (2004), *que a eleição de Lula se deu em um contexto nacional e internacional de regressão da organização política dos trabalhadores e franca hegemonia do capital*, isso tem se mostrado tanto interna quanto externamente.

No plano mundial somos sabedores do declínio das experiências socialistas. Desnecessário afirmar aqui, em virtude da vasta bibliografia existente, a distância entre os princípios do socialismo ou do comunismo e o chamado “socialismo real”, como se acostumou a se chamar as experiências implantadas no Leste da Europa. Isso gerou uma falsa afirmação da inviabilidade do socialismo. Articulado a isso tem-se a adoção, na maioria dos países do mundo, do projeto neoliberal, que propugna a redução de direitos, com quebra, em especial, dos direitos trabalhistas. Ao mesmo tempo, devido à reestruturação produtiva e à robótica, há um aumento do desemprego. Portanto, isso impõe um impacto grande na organização dos trabalhadores – tanto praticamente com desempregos e flexibilidade dos contratos de trabalho, como espiritualmente, devido ao falso discurso da falta de alternativas³⁵. É nesse contexto que Lula, *aparentemente detentor de um projeto democrático e popular*, se elege.

Esse panorama, naturalmente, também se fez no Brasil. Contudo, por aqui o que existia de movimentos dos trabalhadores de resistência ao neoliberalismo foi tragicamente atingido pelo governo de Lula, uma vez que esses movimentos, na sua maioria, tiveram interlocução ou mesmo haviam ajudado a construir o PT. Não por acaso intelectuais e militantes, em artigos dirigidos à categoria em que pertencem, destacam a importância da *autonomia* dos movimentos destas categorias em relação ao governo Lula³⁶. Contudo, a capitulação da CUT (Central Única dos Trabalhadores) ao governo e seu tímido papel quando da reforma da previdência é uma expressão do poder de cooptação do governo sobre entidades até então combativas.

A terceira questão, *que o giro a direita no governo expressa a organização interna das tendências do PT*, é uma rica questão, pois nos tira da idéia muito propagada de que o “PT traiu”³⁷ sua base social, ao mesmo tempo em que nos possibilita pensar sobre a importância da formação política. Sales (2005), tomando como eixo de análise do governo Lula a ética, faz no percurso do seu texto uma reflexão sobre a tensa relação entre o PT e a

³⁵ A caracterização do trabalho na atualidade e o seu impacto sobre os trabalhadores serão abordados no capítulo 1, parte II, desta tese, no bojo da discussão que desenvolveremos sobre trabalho coletivo em saúde.

³⁶ Estamos nos referindo aos artigos escritos por Braz (2004) e Netto (2004) para os assistentes sociais e Dias (2006), para os docentes de ensino superior.

³⁷ Essa idéia é compartilhada por diversos autores como Netto (2004), Sales (2005) Borges Netto (2005) e Dias (2006).

definição de socialismo. Segundo a autora essa dificuldade vinha tanto da crise do socialismo real, sobretudo a crítica de que nos países que o vivenciaram esteve ausente a prática política democrática, bem como a dificuldade dessa perspectiva ser assumida em virtude da heterogeneidade de correntes do partido. Mesmo assim a temática foi debatida, segundo a citada autora, desde, pelo menos, 1987, e culminou com a sua aprovação no Congresso de 1991.

Essa tensão sobre a relação do PT com o socialismo poderia expressar uma ausência de um projeto claro e viável de governo. Borges Neto (2005) faz, sobre isso, uma dialética análise. Primeiramente discorda de sua assertiva, argumentando que é muito difícil ter um programa detalhado de governo. Também lembra que existia dentro do PT um número expressivo de intelectuais da área da economia que poderiam dar sustentação para a reorientação da política econômica. Contudo, por escolha do grupo majoritário do PT, esses intelectuais não tiveram peso nas formulações quando o partido assumiu o governo. Mas ao mesmo tempo, concorda com ela, lembrando uma tendência de fragilidade, notadamente a partir dos anos noventa, do pensamento crítico da esquerda brasileira, que passou a lateralizar cada vez mais as análises centradas nos conflitos de classe. São essas análises que vão influenciar Lula e os integrantes do campo majoritário. Assim, se afastando da análise dos conflitos de classe, as principais lideranças do PT se afastaram da busca de alternativas para a superação do neoliberalismo.

Portanto, se é visível na história do PT uma tensão entre a defesa do socialismo ou não, isso não quer dizer que o partido não tivesse uma clareza sobre isso. O que aconteceu, e cada vez mais no decorrer dos anos noventa, é que o Partido, por meio de sua tendência majoritária, foi se afastando daqueles princípios. E Lula foi (e é) o grande porta-voz desta tendência. O que já era visto nas administrações de prefeituras e governos dos estados veio a baila no governo federal e surpreendeu, até mesmo, integrantes das tendências minoritárias no Partido (Sales, 2005; Borges Neto, 2005; Dias, 2006). Portanto, conforme afirma Borges Neto (2005), a continuidade da política macroeconômica do governo Lula não se deu por falta de opção ou de propostas, existentes dentro do próprio PT e, sim, foi fruto de uma *escolha*.

Uma vez caracterizado, em marcos gerais, o governo Lula, passaremos a refletir sobre o impacto deste na seguridade social e, notadamente, na área da saúde.

4.2. Breve balanço das políticas de assistência e previdência social, na perspectiva da seguridade social, no governo Lula

A previdência social foi, das três políticas integrantes da seguridade social, a imediatamente atingida pelo governo Lula, por meio da reforma previdenciária realizada em 2003.

A citada reforma atingiu o que o governo FHC – por oposição de sindicatos, de movimentos sociais e de parlamentares de diversos partidos de esquerda, *inclusive do PT* – não conseguiu fazer, que foi promover a quebra de direitos dos trabalhadores públicos, que desde a Constituição Federal de 1988 são regidos pelo RJU (Regime Jurídico Único). Assim, a reforma de 2003 aprovou – tal qual a reforma de FHC para os trabalhadores do setor privado regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) – o aumento da aposentadoria por tempo de serviço combinado com o, também, aumento do critério idade, bem como a instituição de um teto máximo a ser pago para aposentadoria. Além disso, acabou com o direito à aposentadoria integral, com a isonomia para ativos e aposentados, e apontou para a contribuição dos aposentados à previdência social (Granemann, 2004).

Os argumentos do governo para a reforma, conforme atentou Tavares Soares (2004), eram antigos, tendo sido também defendidos pelo governo FHC: o discurso da existência de um déficit no sistema previdenciário e de que a reforma era fundamental para o retorno do crescimento do país.

O argumento da crise financeira do sistema é falso, pois a análise dos dois governos citados trata apenas da arrecadação, se imiscuindo de publicizar para a população que a Constituição Federal de 1988 previu um conjunto de fontes de financiamento para a previdência social, na perspectiva da seguridade social brasileira, além da arrecadação das folhas de salário (Tavares Soares, 2004; Marques e Mendes, 2005). Também ocultou que em momentos de recessão, com a diminuição da entrada de trabalhadores no mercado formal há, infelizmente, uma redução da contribuição dos trabalhadores (Tavares Soares, 2004). O problema é a crise econômica e não os trabalhadores usuários da previdência. Aliás, como atentam Marques e Mendes (2005), no discurso do governo Lula sobre a suposta importância desta reforma previdenciária, foram recuperados discursos falsos de que os valores de aposentadoria do funcionalismo público eram extremamente superiores à média dos aposentados por tempo de serviços regidos pela CLT. Segundo dados trazidos pelos autores (Marques e Mendes, 2005: 146) a diferença da média de aposentadoria na realidade era de R\$ 1.038,00 para o primeiro grupo e de R\$ 812,30 para o segundo.

O objetivo dessa reforma previdenciária – tal qual a de FHC – era muito claro: visava reduzir o importante papel do Estado de regulador da força de trabalho e de proteção social. Ao realizar a reforma da previdência, o governo Lula concluiu uma exigência do Banco Mundial ao Brasil e também agradou, mais uma vez, o grande capital, ao empurrar, conforme muito bem registra Granemann (2004), um enorme contingente de trabalhadores para a previdência privada complementar.

No que tange à assistência social podemos analisar os governos de Lula em dois momentos. O primeiro refere-se ao primeiro ano de gestão, quando o governo é inaugurado com um programa considerado pelo presidente como fundamental, que era o “Fome Zero”. Para gerir esse programa foi criado o Ministério da Segurança Alimentar. *Paralelamente*, criou-se o Ministério da Assistência Social, sendo a primeira vez que o governo federal instituiu um ministério com o nome, de fato, da política pública. Contudo, esse foi o único avanço, pois o primeiro ano de mandato de Lula no Ministério da Assistência Social ficou marcado pela inoperância da gestão da ministra Benedita da Silva, tendo sido um ano perdido para essa política (Boschetti, 2004). Sobre o “Fome Zero”, apesar de sua logomarca ainda fazer parte dos sítios de internet do governo, ficou concentrado no programa Bolsa Família (Marques e Mendes, 2005) que mais abaixo será tematizado.

No segundo ano do governo Lula os dois ministérios acima citados foram transformados no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Mesmo com esse confuso nome, encontram-se a partir desse período alguns avanços – com gestores e assessores, na sua maioria, comprometidos com a construção da Lei Orgânica da Assistência Social – que se expressam pela unificação dos diferentes programas e projetos até então segmentados por perfil e pela criação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

A instituição do SUAS é algo importante, uma vez que historicamente a política de assistência social tem se constituído por uma descontinuidade de ações quando da mudança de governos e marcada por ações díspares a depender do gosto e da finalidade política de quem está no governo. O SUAS se propõe a regulamentar a Lei Orgânica da Assistência Social, estruturando ações e serviços imbuídos no direito de cidadania. Alguns problemas são apontados na constituição do SUAS, como o papel tradicional que ainda lhe é dado à família. Uma outra questão são as restrições orçamentárias para a efetivação dessa política. Enfim, esse ganho contrasta com o tímido recurso financeiro e a não execução, ou execução parcial, das ações previstas.

Contudo, não é a constituição do SUAS que vem liderando o debate sobre a assistência social, tanto no meio intelectual como na mídia, e, sim, o programa “Bolsa-Família”. Ele surge da integração de vários programas criados pelo governo de FHC – Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás, entre outros – e do Cartão-Alimentação criado pelo programa “Fome Zero”.

Segundo pesquisa sobre o acesso a transferências de renda de programas sociais, realizada pelo IBGE a partir da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2006, existem no país 18,2% de domicílios que contam com pelo menos um usuário dos programas sociais do governo. Destes domicílios, 14,9% são de usuários do Bolsa Família e 2,2% do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Em termos populacionais a pesquisa identifica que 25% da população brasileira é usuária desses chamados benefícios (Folha de São Paulo, 29 de março de 2008).

De fato a citada pesquisa apresenta um dado novo, pois nunca no país a assistência social teve esse alcance. Contudo, não podemos deixar de registrar que o enorme aumento se concentra no programa “Bolsa-Família” que, mesmo sendo um programa de governo, não se encontra amparado na política de Estado da assistência social. Não é por acaso que o BPC, esse sim instituído pela LOAS, tenha um alcance de apenas 2,2% dos domicílios brasileiros.

Um outro dado a ser problematizado é que a transferência de renda, isoladamente, não aponta uma reversão do quadro de pobreza; é necessário, também, que se institua políticas públicas³⁸.

Uma vez tendo desenvolvido breves notas à assistência social e à previdência social, passaremos a refletir sobre a saúde (a terceira política integrante da seguridade social brasileira) de forma mais detida, uma vez ser esta política objeto de estudo da presente tese. Assim, analisaremos a condução da política de saúde do governo Lula em duas partes, correspondentes aos seus dois mandatos.

4.3. A política de saúde, na perspectiva da seguridade social, no Governo Lula

No plano de governo de Lula, escrito para a campanha eleitoral, as principais propostas para a saúde eram: “garantir a descentralização na gestão do SUS, com

³⁸ Por exemplo, a economista e professora Lena Lavinas, ao comentar os dados da pesquisa citada reflete sobre o baixíssimo investimento em esgotamento sanitário durante o mesmo período (Folha de São Paulo, 29 de março de 2008).

fortalecimento da gestão solidária; organizar um Sistema Nacional de Informações em Saúde para suporte e monitoramento da gestão da atenção à saúde; reorganizar o Ministério da Saúde com o objetivo de tornar sua estrutura horizontal; fortalecer os hospitais universitários; implementar uma política de pessoal do SUS voltada para a humanização do atendimento; fortalecer os conselhos de saúde” (apud Bravo: 2004: 35-36). Segundo indica a autora, as proposições eram muito genéricas e não tratavam a saúde como constituinte da seguridade social – por sinal, esta só era citada uma vez. Outra questão apontada pela autora era a ausência de uma referência ao projeto da reforma sanitária.

No Ministério da Saúde do governo Lula existiram, durante o primeiro mandato, três gestões. O primeiro ministro foi Humberto Costa, que atuou entre 01/01/2003 e 08/07/2005. Costa foi substituído na segunda reforma ministerial, mesmo com informações na mídia de que cairia já na primeira reforma, realizada no segundo ano do mandato de Lula. Costa, deputado federal do PT de Pernambuco, montou uma equipe no segundo escalão de veteranos do movimento da reforma sanitária, como Sérgio Arouca (que logo depois faleceu) e Gastão Wagner Souza Campos (que, segundo o próprio discurso, se afastou entre 2004 e 2005 por divergências), e, também, com jovens profissionais da área da saúde pública comprometidos com a reforma sanitária. Nesse período atuação importante teve a secretaria de gestão do trabalho, coordenada por Maria Luiza Jaeger, trazendo à tona, no Ministério, a discussão de educação permanente e a construção de um projeto que buscasse causar impacto na formação profissional dos trabalhadores do SUS.

Um fato também relevante desse período foi a aprovação, através da portaria ministerial n.º. 2.607 de 10/12/2004, do Plano Nacional de Saúde, denominado “Uma pacto pela paz”; a equipe do Ministério ao concluir o Plano Plurianual (PPA) para o período de 2004-2007, decidiu elaborar o plano de saúde, uma atitude inédita da gestão federal do SUS.

O plano de saúde, previsto na Lei Orgânica da Saúde, visa ser um documento onde o gestor de cada esfera de governo aponta – a partir do diagnóstico do quadro sócio-sanitário – metas de ações e serviços de saúde para um determinado período. Assim sendo, é uma estratégia importante de planejamento em saúde que, quando elaborada, deve ser submetida à aprovação do conselho de saúde da respectiva esfera de governo.

O grande objetivo do Plano Nacional de Saúde foi

“promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e

igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade oportunos e humanizados (Brasil, Ministério da Saúde; 2004: 07).

Para tanto, o Plano previu eixos de orientação para a discussão de prioridades, a partir dos objetivos, diretrizes e metas nele traçados. Esse é o primeiro Plano Nacional de Saúde e para implementá-lo, como destaca o próprio documento, é necessário um pacto de gestão entre as três esferas de gestão do SUS. Contudo, o Plano é muito vago, não informando de que forma se alcançarão as metas apontadas.

Entre 08/07/2005 e 31/03/2006 o titular da pasta foi Saraiva Felipe, deputado federal eleito por Minas Gerais. A vaga ocupada por Felipe era uma reivindicação do seu partido, o PMDB. Nesta gestão, mesmo com o afastamento de diversos profissionais vinculados à reforma sanitária, não houve a ausência deste movimento na gestão. Outros vieram e houve uma influência de professores do Instituto de Medicina Social da UERJ. Contudo, o trabalho que vinha se desenvolvendo na secretaria de gestão do trabalho tem uma diminuição de intensidade.

A partir de 31/03/2006 o Ministério da Saúde foi gerenciado por Agenor Álvares, já que Saraiva Felipe se afastou para a campanha de sua reeleição a deputado federal. Álvares, técnico da área da saúde, era considerado desde o início como um ministro interino. Contudo, devido à eleição presidencial e às disputas partidárias em torno do Ministério, foi ministro da saúde do governo Lula até o início do seu segundo mandato, mais precisamente até 16/03/2007.

Analisando as três gestões ministeriais não observamos mudanças de rota no Ministério da Saúde. Permanece o marco geral da política social do governo Lula: algumas estratégias importantes, enquanto expressões de requisições históricas das forças progressistas brasileiras, aliadas a uma frágil, por vezes inexistente, alocação de recursos.

Durante esse período, um dado importante foi a rearticulação do movimento sanitário que, mesmo nunca tendo se dissolvido, estava em refluxo, muitas das vezes na defensiva, resistindo aos ataques ao SUS. Expressão disto foi a “Carta de Brasília”, resultante do “8º Simpósio sobre a Política de Nacional de Saúde”, realizado na Câmara dos Deputados em junho de 2005, que retoma temas caros ao movimento sanitário. Um desdobramento deste evento foi a instituição do “Fórum da Reforma Sanitária” formado pelo CEBES, pela ABRASCO e, também, pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Economia da

Saúde (ABRES), Rede Unida, Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA). Este fórum também lançou dois documentos importantes sobre a política de saúde e, sob iniciativa do CEBES, organizou um debate na ENSP/FIOCRUZ. Finalmente, houve a proposta de refundação do CEBES, lançada durante o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em 2006, sob o título “O CEBES vive – viva o CEBES”, quando também foi eleita a nova diretoria, tendo como presidente a professora Sônia Fleury para a gestão 2006-2009 (Bravo e Menezes, 2007).

A reorganização do movimento sanitário expressa, na nossa análise, tanto uma insatisfação de diferentes militantes com a frágil energia de mobilização desse movimento, derivado da conjuntura, desde a década de noventa, de êxito ideológico do projeto neoliberal em diferentes governos das diferentes esferas, bem como do êxito – advindo desde o mesmo período – da pós-modernidade na Universidade e dos ataques à tradição marxista. Ao mesmo tempo também sinaliza a análise desses militantes de uma conjuntura favorável aos ideais do movimento sanitário, já que pela primeira vez desde a primeira fase do governo Sarney, diversas instâncias do Ministério da Saúde têm sido ocupadas por profissionais – de gerações tanto do início do movimento, lá no final dos anos setenta, como de mais recentes – comprometidos com o projeto da reforma sanitária brasileira.

Bravo (2006), em uma análise sobre o primeiro mandato do governo Lula, identifica na política de saúde do governo duas dimensões: uma de inovação e outra de continuidade. Como aspectos de inovação, a autora indica: o retorno da concepção de reforma sanitária; a escolha de profissionais comprometidos com a reforma sanitária para o segundo escalão; a redefinição da estrutura do Ministério da Saúde com a criação da secretaria de gestão do trabalho, da secretaria de gestão participativa e da secretaria de atenção à saúde, que visou unificar atenção básica, secundária e terciária; a convocação extraordinária da 12ª Conferência em 2003³⁹ e a elaboração de um documento preliminar para discussão nas conferências preparatórias; a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Sobre os aspectos de continuidade, Bravo (2006) aponta: a ênfase na precarização do trabalho em saúde; a focalização, expressa, por exemplo, na ênfase da Estratégia Saúde da Família, sem alterá-la significativamente, e no programa de farmácia popular; a terceirização dos recursos humanos, da qual a expressão cabal é o caso dos agentes

³⁹ Entretanto, como comenta a própria autora, essa Conferência poderia ter sido organizada de forma articulada com a Conferência Nacional de Assistência Social e, assim, fortalecer o conceito de seguridade social. Na sua realização, a Conferência Nacional de Saúde não aumentou o número de participantes, e não houve tempo para concluir as votações, sendo estas realizadas à distância, com envio dos votos pelo correio.

comunitários de saúde; a ampliação do conceito de “ações de serviços de saúde” para gastos com saneamento e segurança alimentar; a utilização sistemática dos recursos da seguridade social para outros gastos; a falta de vontade de construir a seguridade social e o desfinanciamento da política de saúde.

Sobre essa última característica, Bravo (2006) chama a atenção para a proposta que havia do próprio governo de desvinculação da CPMF da receita do setor saúde, bem como a de desvinculação legal do percentual de gastos com a saúde e com a educação. O que era, e ainda é, extremamente preocupante, já que o investimento em saúde do Brasil é baixo (estava em 3,4% do PIB). Tal afirmação é corroborada, visto o investimento de outros países vizinhos, menores e que possuem potencial de arrecadação inferior, como o Uruguai (que investia 5,1% do seu PIB na saúde), o Panamá (4,8%), e a Argentina (4,7% do PIB).

Assim, conforme vimos, em que pese a presença de profissionais progressistas, defensores das políticas públicas, em especial nos ministérios da saúde e da assistência social, o que se observa, também na política de saúde do governo Lula, é a prevalência do ajuste econômico em detrimento da efetivação de políticas sociais públicas e universais.

O presidente Lula, apesar das denúncias surgidas no primeiro mandato de corrupção envolvendo importantes dirigentes do seu partido e também do governo, foi reeleito – a bem verdade em segundo turno, em disputa com Geraldo Alckmin, do PSDB – para mais uma gestão como presidente da república, tendo tomado posse em 01º de janeiro de 2007. Conforme registro da “1ª Reunião de Análise de Conjuntura do CEBES” a temática da saúde não era prioridade no programa de governo de nenhum dos candidatos.

O Ministério da Saúde desde 16/03/2007 é dirigido pelo Ministro José Gomes Temporão, professor da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, profissional historicamente vinculado ao movimento sanitário, ex-presidente do CEBES.

Segundo Bravo e Menezes (2007: 18), em seu discurso de posse o ministro Temporão reconheceu que há uma tensão permanente entre o ideário da reforma sanitária e o projeto real em construção. Também se referiu aos aspectos culturais e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, a negação da solidariedade e a banalização da violência. Mas, por outro lado, em seu discurso de posse nada referiu sobre as questões centrais do ideário da reforma sanitária em suas origens, sobre a concepção de seguridade social, sobre a saúde do trabalhador e sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde.

O ministro tem se pronunciado sobre temas relevantes, como a importância de se aumentar a vigilância sobre a publicidade de bebidas alcoólicas e sobre a

descriminalização do aborto, visto este ser um grave problema de saúde pública (Bravo e Menezes, 2007).

Essa última declaração do ministro da saúde – sobre o aborto –, pronunciada na véspera da visita do Papa Bento XVI ao país, gerou um grande debate na mídia, mas foi abafada, naquele momento, pelo governo, sob explícita orientação do presidente Lula. Contudo, o tema veio à tona outras vezes, tanto por parte do presidente da república como de alguns integrantes do governo. Também emergiram com mais força ações contrárias à proposição de sequer discutir a questão do aborto como um problema de saúde pública. Esses pontos e a polarização do debate, devido ao tema da tese, serão tratados com maior profundidade no próximo capítulo.

Queremos, ainda, chamar a atenção para quatro acontecimentos até o momento, na gestão do ministro Temporão. Mesmo que não tendo, necessariamente, interligação com a sua gestão, expressam, na nossa opinião, quatro grandes fatos – com destaque, inclusive, na mídia para os dois primeiros pontos – que impactam a política de saúde e, conseqüentemente, a construção do SUS.

O *primeiro* fato veio à tona no final de 2007, mais precisamente em dezembro, o governo Lula enfrentou um longo debate em torno da aprovação, ou não, por mais um período, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

A CPMF teve sua origem em 1993 sob o nome de IPMF (Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira). Contudo, entre 26 de agosto e 15 de setembro de 1993 o IPMF foi suspenso devido a uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), voltando a ser cobrado durante todo o ano de 1994 e em 1995 sua arrecadação foi residual. Em 1996 o IPMF foi transformado em CPMF, com alíquota de 0,20% e, desde então, vinha tendo prorrogação, sendo que em 2000 essa alíquota subiu para 0,38% (“O Globo”, 13/12/2007: 03).

A CPMF, conhecida como o imposto do cheque, foi criada com o argumento de que a sua arrecadação seria destinada para a área da saúde, uma vez que em 1993 o governo federal alardeava que a transferência da contribuição social de empregadores e empregados para a previdência social causaria um desfinanciamento das ações do Ministério da Saúde. Em 1996, no início do governo FHC, o debate ganhou fôlego com a intervenção do ministro da saúde, Adib Jatene, na sua defesa. O ministro utilizou o espaço da X

Conferência Nacional de Saúde para tratar o tema junto aos presentes⁴⁰. Logo depois ocorre a transformação do IPMF em CPMF e seu maior defensor no governo, o ministro da saúde, é afastado. Na verdade, durante o período inicial do governo FHC é visível a tensão entre o Ministério da Saúde e os ministérios ligados ao financiamento. Estes eram acusados, pelo primeiro, de contingenciarem verbas e impedirem a realização da política de saúde.

Verdadeiramente a CPMF nunca foi totalmente aplicada na área da saúde. Segundo a UNAFISCO, Sindicato Nacional dos Auditores da Receita Federal (apud: Filgueiras e Gonçalves, 2007), entre 1997 e 2006 18% total de sua arrecadação foi desviado da saúde via DRU⁴¹. O governo Lula é responsável pelo maior desvio médio, 19%, enquanto que o governo de FHC no período analisado desviou 16,5%, em média.

No segundo semestre de 2007, quando o governo Lula necessitava de mais uma aprovação do prazo para a CPMF por parte do Senado Federal, inicia-se um longo debate do governo com a oposição para a sua garantia. O DEM desde o início aventou com a não aprovação, que ganhou fôlego com a possível adesão do PSDB. Inicialmente o governo iniciou com a estratégia de negociações em separado, sobretudo com governadores que, mesmo sendo desses partidos da oposição, eram, também, grandes interessados em sua aprovação, uma vez que o repasse de verbas da CPMF possibilitaria a continuidade de ações governamentais.

Na véspera da votação, o debate girava em torno de qual opção teriam os senadores do PSDB, devido a posições antagônicas. Governadores desse partido, liderados pelos presidentiáveis Aécio Neves (governador de Minas Gerais) e José Serra (governador de São Paulo), defendiam a aprovação da CPMF. Já o líder do PSDB no Senado, Artur Virgílio, e o ex-presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, posicionavam-se contrariamente à medida.

⁴⁰ Apenas o ministro da saúde, Adib Jatene, compareceu à X Conferência Nacional de Saúde. Outros ministros e a primeira dama, Ruth Cardoso, mesmo previstos como palestrantes, não compareceram ao evento.

⁴¹ “A partir da implementação do Plano Real, e ainda em sua fase preliminar no final de 1993, as políticas universais inscritas na Constituição sofreram um violento golpe, com a criação de um mecanismo de desvinculação entre receita e despesas, que passou a vigorar a partir de 1994. A partir daí, os sucessivos governos passaram a usar 20% do total de impostos e contribuições federais conforme as suas conveniências políticas. Os recursos originalmente previstos para a área social foram reduzidos. Esse mecanismo, na época chamado de Fundo Social de Emergência (FSE), mais tarde foi rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e hoje é conhecido como Desvinculação de Receitas da União (DRU). Com sucessivas medidas provisórias, todos os governos, inclusive o de Lula, renovaram a validade desse mecanismo perverso” (Filgueiras e Gonçalves, 2007: 159).

Durante o processo o governo mudou bastante sua posição sobre o destino da CPMF. Inicialmente questionado pelo governador José Serra, e outros, para que destinasse a totalidade da arrecadação para a área da saúde o governo negou essa possibilidade. O debate presente na mídia permitia observar a cada dia uma mudança do discurso do governo. Na antevéspera o governo concordou com o PSDB, propondo a prorrogação da CPMF por apenas mais um ano, a aprovação da reforma tributária no ano seguinte e aumento do repasse de verbas para a saúde. Na véspera o governo se comprometeu em repassar a íntegra da arrecadação da CPMF para a saúde. Contudo, mesmo com esses apelos e com a pressão dos governadores do seu partido, o PSDB votou contra a renovação da CPMF na madrugada do dia 13 de dezembro de 2007.

É pelo relatado que diversos analistas afirmavam ser esta a primeira grande derrota do governo Lula, uma vez que este, mesmo tendo sucumbido a todas as negociações, foi derrotado pela oposição, como forma desta demonstrar sua força. A oposição, por sua vez, argumentava que o governo demorou muito para ser humilde e, portanto, a negociar.

A perda da CPMF e, sobretudo, a forma como se deu – de partidos da oposição fazerem valer sua força apenas em detrimento do debate concreto sobre o fim social, ou não, desta contribuição – fez com que o Conselho Nacional de Saúde e o CEBES se manifestassem publicamente contra esse jogo político.

Imediatamente iniciou-se um debate na mídia com integrantes do governo afirmando que haveria vários cortes em obras e em investimentos públicos (Folha de São Paulo, 14/12/2007: A1, A4, A6; Folha de São Paulo, 16/12/2007: A13) bem como apresentando a defesa da criação de um imposto substitutivo ao CPMF, feita pelo próprio ministro da saúde (O Tempo, 18/01/2008: A3). Ao mesmo tempo tal discurso era desmentido pelo presidente da república (O Globo, 15/12/2007: 03; Folha de São Paulo, 17/12/2007: A4) e pela ministra da Casa Civil, Dilma Roussef, ao afirmar que as obras previstas pelo PAC iriam continuar (O Globo, 15/12/2007).

A não renovação da CPMF significou uma perda de R\$ 40 bilhões para a saúde, sem contar o repasse para a amortização da dívida externa. Contudo, a arrecadação da União em 2007 foi recorde, de R\$ 602,15 bilhões, tendo um aumento em relação ao ano anterior de R\$ 61,375 bilhões. Além disso, logo após o governo aumentou o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras) e a CSLL (Contribuição Social sobre Lucro Líquido) (O Globo, 19/01/2008: 24). Independente do debate que gerou acerca da necessidade ou não de aumentar os impostos citados, isso expressa que o governo encontrou manejo para garantir as ações desenvolvidas e nem pensou em rever a política econômica. Segundo o ministro

da Fazenda Guido Mantega, “Reduzir o superávit primário não está sendo cogitado e está fora dos planos” (O Tempo, 18/01/2008: A3).

Por sua vez o Ministério da Saúde manteve no mês seguinte ao da votação do Senado, o discurso da falta de verba por conta da suspensão da CPMF. Não apenas defendeu um novo imposto e, sim, especialmente, a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que garante recursos fixos para a saúde.

Em 09 de abril de 2008 a regulamentação da Emenda 29 foi aprovada no Senado Federal e aguarda, até o momento, a posição da Câmara dos Deputados. O governo – apesar dos informes de redução de verbas no orçamento para 2008 em várias pastas, como a da saúde, que teve um corte de R\$2.594 bilhões (O Tempo, 24/04/2008: 07) – nada informou de concreto sobre quais perdas a não prorrogação da CPMF gerou. A EC 29, que se encontrava paralisada no Congresso Nacional, foi debatida, provavelmente, devido à pressão do governo – Ministério da Saúde e parlamentares aliados – e se constitui em um grande avanço, pois estipula percentuais fixos de investimento de cada esfera de governo para o SUS. Talvez a perda da CPMF tenha sido um ganho, pela emenda 29 e pela comprovação de que as atividades do governo não pararam. Assim, provavelmente, estava correto o professor Reinaldo Gonçalves: “O governo não precisa de CPMF” (O Globo, 19/01/2008: 24).

O *segundo* acontecimento foi a eclosão, em 2008, de grande número de pessoas atingidas pela febre amarela e pela dengue no Brasil.

A febre amarela foi destaque nos jornais nos meses de janeiro e fevereiro. Em 10 de janeiro de 2008, o jornal “O Globo” (p. 3) noticiava a terceira morte de uma pessoa atingida pela doença. Já nesse período iniciou-se um debate sobre a existência, ou não, da febre amarela urbana. O governo negou essa possibilidade dizendo que todos os que morreram, que moravam em cidades urbanas, tinham passado dias, como o *reveillon*, por exemplo, em regiões rurais e não tinham se vacinado contra a febre amarela.

Em relação à vacina houve uma procura desenfreada aos postos de saúde, que gerou o fim dos estoques. Em algumas unidades de saúde ocorreu mobilização da população, exigindo a vacinação. Isso fez com que diversos analistas, e a mídia, correlacionassem a revolta da vacina, do início do século passado, com a revolta *pela* vacina. O governo logo depois cobriu o estoque de vacinas e também fez uma alerta contra a revacinação (Folha de São Paulo. 18/01/2008: C6). Nesse processo algumas pessoas tiveram reação à vacina e uma usuária veio a falecer, pois tinha um quadro clínico, com uso de medicamentos, que não era compatível com a vacina.

De forma interessante, surgiu, também, na mídia impressa, um pequeno debate sobre as condições de desequilíbrio ecológico com o ressurgimento da febre amarela. Cantanhêde (2008) tratou das mudanças climáticas que houve com o tempo em Brasília e o surgimento, até então inexistente, de micos nesta cidade. Contudo, devido à possibilidade de macacos serem transmissores da febre amarela ocorreu uma caçada aos mesmos por parte da população, que os matavam (Folha de São Paulo. 20/01/2008: C9). Até 24 de fevereiro de 2008 o governo noticiou a morte de 17 pessoas e 33 pessoas que ficaram doentes no ano de 2008, sendo a maioria das vítimas de estados do centro-oeste do Brasil (O Estado de Minas. 24/02/2008: 17).

Se os casos de febre amarela ficaram concentrados na região centro-oeste, o mesmo não aconteceu com a dengue. Uma epidemia, inicialmente negada pelas autoridades públicas, aconteceu no Rio de Janeiro, estado da região sudeste do Brasil, tendo destaque na mídia em março e abril de 2008.

Para que se possa ter uma idéia da magnitude desse fenômeno, basta apenas atentarmos para os dados da própria Secretaria Estadual de Saúde, de que 110.783 pessoas foram atingidas pela dengue e 92 morreram. Além disso estava em curso a análise de 96 óbitos. Em comparação com a maior epidemia, até então, que foi a de 2002, os dados até abril superam o de *todo aquele ano*, quando morreram 91 pessoas, sendo que o número de doentes foi menor, 288.245 pessoas foram atingidas em 2008 (O Globo. 23/04/2008: 11).

A partir da última semana de abril de 2008 iniciou-se uma queda do número de pessoas atingidas pela dengue. Contudo, isso se deve mais a questões climáticas do que à erradicação do mosquito *aedes aegypti*. A questão da dengue, ao nosso ver, tem três complicadores.

Primeiro, demonstra a fragilidade do SUS no município do Rio de Janeiro (responsável pelos 55 óbitos e 55.919 casos do estado do Rio de Janeiro), com uma frágil capacidade de absorção da demanda e insuficiente rede primária de qualidade, que, caso existisse, poderia ter trabalhado a prevenção. Sem contar a desresponsabilidade dos governos na resposta tardia ao que já se caracterizava como uma epidemia. Somente em abril, de forma improvisada, o governo do Estado instalou tendas de hidratação e estabeleceu convênios com outros estados do país para a vinda de médicos para reforçar as equipes de trabalho. Essa última ação foi polemizada, tanto pelo CREMERJ como pelo Sindicato dos Médicos, que se pronunciaram afirmando que existem médicos disponíveis no Estado e que o problema era a não absorção destes pelo Sistema de Saúde.

Um segundo complicador refere-se à não existência, até o momento de uma vacina para prevenção à doença, o que faz ser necessário um amplo combate ao mosquito da dengue e ao seu ambiente de reprodução, que é água limpa e parada. Muitas campanhas foram feitas com vistas a ensinar as pessoas a evitar o mosquito. É importante que a sociedade civil participe da solução dos problemas da sociedade em que vive, mas o problema é quando a sociedade civil passa a ser a responsável pelo problema e por sua reversão. Enfrentar uma epidemia de dengue requer um serviço de saúde preparado e campanhas educativas coordenadas pelo Estado em que esse também tenha responsabilidade prática, disponibilizando recursos para isso. Não se deve, por exemplo, apenas ensinar a população o que fazer com pneus velhos e, sim, disponibilizar um serviço de sua remoção e eliminação, por questões do ambiente ecológico, tarefas que cabem ao Estado.

Mesmo com a epidemia da dengue sendo algo latente – afinal, segundo dados da própria Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em 2005, 2006 e 2007, morreram respectivamente 03, 12, 37 pessoas atingidas pela dengue – o investimento na busca de uma vacina ou de tecnologia para o aperfeiçoamento da terapêutica para o atendimento às pessoas com dengue é baixíssimo, quase nulo. Segundo artigo publicado por Cavalcanti e Pereira Neto, respectivamente professor da COPPE/UFRJ e pesquisador da Fiocruz (O Globo, 19/04/2008: 07), o investimento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, a FAPERJ, em 2007, para pesquisas sobre a dengue foi nenhum. Isso, como afirma os autores, nos faz refletir também sobre o papel que deveria ter a política de ciência e de tecnologia no enfrentamento à dengue.

A questão da dengue, apesar de epidêmica no Rio de Janeiro, não é exclusividade desse estado da federação. No Nordeste do Brasil os casos cresceram 25% em relação ao ano de 2007 (devido a um período atípico de chuvas) e estava previsto o aumento dos casos, uma vez que entre maio e junho é o período de chuvas na região (O Globo, 20/04/2008: 17). Enfim, infelizmente essa situação não foi erradicada e pode ser também aflitiva no nordeste no meio do ano e no Rio de Janeiro em 2009. Somando com a questão da febre amarela no centro-oeste, podemos observar que o início do ano de 2008 mostrou a fragilidade do país no enfrentamento de doenças que podem ser enfrentadas por meio de uma política de saúde pública de caráter preventivo.

O *terceiro* aspecto que queremos chamar atenção é a proposta do governo de criação de fundações públicas de direito privado, por meio do projeto de lei complementar 92/2007 apresentado ao Congresso Nacional. Atualmente existem dois projetos substitutivos a este

Projeto de Lei, um de autoria do deputado federal Pepe Vargas (PT/RS) e outro de Pedro Henry (PP-MT).

Em geral, essa iniciativa propõe que o poder público institua fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado em diferentes áreas consideradas de atividade estatal, mas não exclusivas do Estado. Na proposta original são elencadas as seguintes áreas: saúde; assistência social; cultura; desporto; ciência e tecnologia; meio ambiente; previdência complementar do servidor público; comunicação social e promoção do turismo nacional⁴². Mesmo que caso seja aprovada a proposta e se estenda para várias áreas, é na saúde que esse debate tem sido feito, sobretudo por que foi dessa política setorial que emergiu a proposta de regulamentação das fundações. Nesse caso é a transformação, inicialmente dos serviços de saúde, notadamente os hospitais, em fundações.

A proposta da criação das fundações parte, de fato, do principal argumento para a reforma do Estado apregoada pelo governo de FHC e revisitada pelo atual governo, que é a ineficácia do Estado, sendo razões centrais para isso a estabilidade dos servidores públicos, a burocracia, que dificultaria a agilidade na gestão (tanto para compra de insumos e materiais, como para poder demitir funcionários) e a necessidade de um melhor gerenciamento.

Segundo Granemann (2007), existem várias questões problemáticas nessa proposição e outras que nem claras estão:

- a contratação dos servidores seria por meio de concurso, mas via CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) e não mais pelo RJU (Regime Jurídico Único), consagrado como o modelo único de contratação para os servidores públicos pela Constituição Federal de 1988;

- não está ainda devidamente claro, mas supõe-se que a remuneração dos trabalhadores estará subordinada ao contrato de gestão que cada fundação firmar com o Estado e com agentes do mercado;

- cada fundação terá seu próprio plano de carreira, emprego e salários e isso, por consequência, fragilizará a organização dos trabalhadores;

- as fundações receberiam subsídios públicos, mas não contribuiriam para a formação do fundo público;

⁴² No Projeto de Lei Complementar apresentado pelo Deputado Pedro Henry as áreas permanecem as mesmas. Já no projeto apresentado pelo Deputado Pepe Vargas há o acréscimo de duas áreas: a formação profissional e a cooperação técnica internacional.

- um inexistente controle social, com a criação de conselhos “moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas”, como “conselho curador, diretoria-executiva, conselho fiscal e conselho consultivo social”. Se fala em sociedade civil apenas na composição do conselho consultivo social.

Essa proposição gerou uma polarização na área da saúde. De um lado a maioria dos gestores e de intelectuais da saúde pública, inclusive militantes históricos do movimento sanitário, favoráveis ao projeto de criação das fundações públicas de direito privado. De lado contrário a esse projeto de lei poucos intelectuais sanitaristas, a maioria do movimento organizado dos trabalhadores e as instâncias de controle social.

O CEBES, em 13 de junho de 2007, lançou o documento “O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer”, onde afirmava não ser contra e nem a favor da proposta; contudo, reconhecia a existência de problemas na gestão da saúde e afirmava que, por isso, era importante discutir mais sobre o tema.

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada entre 14 e 18 de novembro de 2007 a proposta da criação das fundações foi rejeitada por unanimidade pelos dez grupos de discussão e por isso nem chegou a ser votado na plenária final. Mesmo com essa retumbante negação, o ministro da saúde informou que o governo continuaria com a sua proposta e não retiraria o projeto de lei. O que, de fato, não só ocorreu, como foram apresentados substitutivos ao projeto de lei, inclusive por parlamentar vinculado ao partido do governo, como já sinalizado.

Atualmente o projeto encontra-se em fase de encaminhamento para votação. Contudo, em alguns estados o mesmo já está sendo implantado, devido à aprovação de leis com o mesmo conteúdo, ou próximo, por parte das assembleias legislativas dos estados, como é o caso do Rio de Janeiro⁴³. Mais recentemente, em abril de 2008, o CEBES divulgou a carta que enviou para o deputado Pepe Vargas. Assinada por sua presidente, professora Sônia Fleury, a carta apresenta importantes reflexões que nos levam a fazer uma grande citação:

⁴³ No Rio de Janeiro foi fundado o “Fórum em defesa do serviço público e contra as fundações” que aglutina sindicatos, centrais sindicais e Universidade na luta contra a transformação das unidades hospitalares geridas pelo governo estadual em fundações, conforme prevê a lei 5167/2007, aprovada em 17/12/2007 pela ALERJ (Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro). Em 07 de abril de 2008 esse fórum realizou um ato pluripartidário na ALERJ contra as fundações, que reuniu em torno de 400 pessoas que, em meio à epidemia da dengue, destacavam que a saúde do Rio de Janeiro ia mal por um problema de escolha política e descompromisso com o SUS. Nesse ato cabe destacar a fala de Salete Macalóz, reconhecida jurista, de que este projeto é uma “monstruosidade jurídica”. Contudo, até o momento o governo estadual continua com a sua política de implantação das fundações.

“Consideramos que seu substitutivo melhorou muito a proposta original do governo, tendo alcançado incluir muitas das sugestões apresentadas. No entanto, sentimo-nos sem condições de apresentar outras propostas de aprimoramento do projeto, nesta etapa atual de encaminhamento. Sem ignorar a necessidade de mudanças no que tange à gestão e ao funcionamento dos hospitais públicos no país, preocupação que originou a elaboração da proposta das Fundações Estatais, a posição do Cebes tem sido de entender que essa tal solução deve ser pensada sob uma perspectiva sistêmica e à luz de uma proposta geral de Reforma do Estado e da Administração Pública Brasileira, capaz de responder aos desafios atuais do SUS, tanto em relação à qualidade e à eficiência, sem perder de vista a necessidade de fortalecimento da autoridade pública e das carreiras profissionais. A discussão sobre as Fundações Estatais foi sempre limitada por que não se propôs a desenhar uma Reforma do Estado nem mesmo no setor saúde. Precisamos pensar em instrumentos que, mais além de respostas à crise conjuntural, sejam estruturantes de uma reforma democrática do Estado, o que, no caso do setor saúde, significa fortalecer o SUS e garantir sua organicidade e integração sistêmica para assegurar a centralidade do cidadão usuário.

O projeto das Fundações Estatais pretende dar resposta a muitas de nossas indagações e por isto vemos muitos pontos positivos nesta proposta. No entanto, seguem obscuros outros tantos pontos, tais como: (i) como será efetivado o exercício do controle social no âmbito das Fundações; (ii) as vantagens e os riscos associados à contratação com base na CLT e à adoção de planos de cargos e salários próprios para os funcionários das Fundações; (iii) a ausência de garantias de que as relações contratuais entre as Fundações e o contrato de gestão sejam firmadas sob a lógica da coordenação sistêmica do SUS e que, também, sejam publicizadas (transparentes); (iv) a falta de garantias de que a aplicação de recursos para a instalação e o funcionamento das Fundações Estatais não resultará na subtração de recursos hoje alocados na realização de outras ações de saúde. A nosso ver, o enfrentamento desses pontos requer o aprofundamento do debate em relação a um projeto integral de reforma da gestão setorial.” (CEBES, 11/04/2008).

Em que pese o CEBES manter seu apoio à criação das fundações públicas de direito privado, há dois pontos na carta que merecem ser louvados. O primeiro é afirmar que uma mudança de gestão não se pode fazer sem uma mudança estrutural, uma verdadeira reforma do Estado. Aqui está um caminho para o combate à proposta de fundação. Caminho, este, não inovador, é verdade, pois já o utilizamos na crítica à proposta de

“organizações sociais” do governo FHC (Matos, 2000): o problema não está no fato de ser público e estatal e sim na forma como esse vem sendo gerenciado. Ou seja, é revendo a nossa cultura clientelista, burocrática e propiciadora de corrupção que podemos aperfeiçoar o público e o estatal.

O outro ponto positivo que identificamos na carta é a incorporação, por parte do CEBES, órgão fundante do movimento sanitário brasileiro, das críticas à proposta da fundação estatal e do quanto as afirmações são fluidas. Muito positivo que as questões levantadas pelo CEBES na carta remetam às levantadas pelos seus críticos, como, por exemplo, as citadas, anteriormente, por Granemann (2007).

Por fim, o *quarto* aspecto que consideramos relevante destacar refere-se ao setor privado no SUS. Conforme vimos, a participação deste setor no bojo das ações e serviços de saúde se originou, no Brasil, em décadas atrás. Com o SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o setor privado passou a ser regulado, legalmente, de forma *complementar* ao SUS. Contudo, nesse 20 anos de SUS houve um avanço da medicina de grupo, constituindo, na prática, um sistema de saúde dual.

Assim, durante os vinte anos do SUS o setor privado também continuou existindo e, mais do que isso, adensou-se a tal ponto que o próprio Estado criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar com vistas a regular o setor. Daí emergiram discursos de que se estava constituindo um setor de saúde para os que pudessem pagar e outro, o SUS, para os pobres e com isso, uma *ideologia* de que o serviço privado é o melhor. É claro que essa ideologia tem também bases no real, uma vez que o SUS foi apenas implantando parcialmente.

Em virtude do que acima foi exposto, há uma expressão recente, da consolidação do setor privado na saúde, que é a criação de versões populares das grandes empresas de laboratórios, para exames e diagnósticos (O Globo. 31/08/2008). Conforme detalhou a mídia essas empresas têm se instalado em áreas com demanda da população mais pobre, as chamadas classes D e E, a partir de pesquisas de mercado. As disputas pelo “cliente” pobre expressa o que chamamos de *naturalização ideológica do setor privado na área da saúde*.

* * *

O Sistema Único de Saúde é hoje uma realidade concreta no Brasil. E essa realidade tem saldos positivos e negativos.

No saldo negativo podemos atentar que o SUS implementado, na grande maioria das cidades brasileiras, foge dos princípios que o balizam na sua Lei Orgânica da Saúde (Leis

8.080/90 e 8.142/90). Afinal, como já vimos desde o seu nascedouro, o SUS enfrenta uma profunda oposição, tanto do setor privado como de gestores do Estado. Talvez o melhor exemplo das estratégias de descaracterização do SUS seja a já permanente proposição dos gestores do SUS, independente de partidos políticos, sobre o modelo de sua gestão. O estado do Rio de Janeiro pode ser, aqui, um exemplo: em apenas quase vinte anos de SUS, a gestão do SUS já esteve à frente com cooperativas e atualmente enfrenta a criação das fundações públicas de direito privado, que mesmo tendo sido uma proposta rejeitada pela 13ª Conferência Nacional de Saúde, conforme já referido, foi aprovada na Assembléia Legislativa e encontra-se em implantação. Certamente o maior problema do SUS é a sua dificuldade de absorção da demanda dos usuários com qualidade no atendimento, o que fez empurrar um número significativo de brasileiros para os planos privados de saúde.

Como saldo positivo do SUS podemos partir da constatação de que esse sistema atende um grande número de pessoas que até então não tinham o direito ao serviço de saúde. Mesmo com a exclusão do sistema de vários usuários, que utilizam os planos privados de saúde, é o SUS que ainda realiza a maioria dos atendimentos de emergência e de alta complexidade. Mesmo no caso da epidemia de dengue, não teve o setor privado uma ação que o diferenciasse, em termos de diagnóstico rápido, em relação às unidades do SUS.

Assim, para aqueles que nunca tiveram o direito ao uso dos serviços de saúde – tanto dos IAP's como do INPS – o SUS é um avanço, pois é uma realidade, donde mesmo com os problemas existem, dentre os quais a longa espera e filas são expressões canônicas, o serviço é utilizado e caracteriza-se como um *direito*. Já aqueles que eram trabalhadores formais, e por isso usuários dos Institutos citados, podem avaliar que tenha tido uma piora, sobretudo com a dificuldade de acessar os serviços necessários, devido a grande procura. Isso não é um detalhe: é importante que discutamos com a população a importância da universalização da saúde e que é possível universalizá-la com qualidade.

Dentre os imensos desafios postos hoje para o SUS, gostaríamos de destacar dois. O primeiro é o de materializá-lo como uma política pautada, na sua totalidade, nos princípios do projeto da reforma sanitária brasileira. O outro, garantir a qualidade dos atendimentos prestados em todos os níveis do SUS, com resolutividade, sem longa espera e com relação humanizada entre trabalhadores, gestores e usuários. O SUS tem problemas, mas sem ele a população brasileira estaria em situação pior. Portanto, é necessário aperfeiçoá-lo por meio do retorno aos seus princípios originais. Apropriamo-nos da canção para nos referirmos ao

SUS: “Se muito vale o já feito, mais vale o que será”. Pelo menos é o que esperamos e o que devemos buscar.

No próximo capítulo trataremos da questão do aborto, realizando também um panorama histórico desse debate no Brasil e indicando questões que também emergiram sobre o assunto nos últimos anos. Assim, de posse dos fundamentos históricos e das questões contemporâneas que atravessam a questão da política de saúde e do aborto no Brasil, pretendemos ter base para entender como essas questões atravessam o cotidiano do exercício profissional do assistente social na saúde, tema privilegiado na segunda e terceira partes da tese.

Capítulo 2: A questão do aborto no Brasil

Introdução:

_ Claudia, filha de Ana, fez um aborto. - disse a líder de um movimento social da Igreja sobre a filha de uma colega do mesmo movimento.

_ E como você se sente? - perguntou o assistente social, assessor dos movimentos sociais da região.

_ Fiquei decepcionada, mas de fato não tinha como ela ter esse neném agora. A menina fez tudo escondido da família, os pais só souberam depois. Fiquei com pena, pois gosto muito da menina.

Na sala do Serviço Social de um hospital, entra de forma muito rápida uma técnica de enfermagem e informa ao assistente social:

- Tem mais um cytotec pra você na enfermaria.

Da mesma forma que entrou, saiu a técnica de enfermagem.

O assistente social ao ouvi-la entendeu que era mais um caso de mulher que tinha entrado no hospital em decorrência de abortamento e já previa o provável descaso com que estava sendo tratada.

Esses trechos de histórias acima são, também, com alguma ou outra mudança fruto dos limites da memória colhidos em nosso exercício profissional e sintetizam duas dimensões da preocupação que temos em torno da questão do aborto.

A primeira história relata as dificuldades que o aborto clandestino impõe às mulheres, uma situação delicada, não só sem o apoio da família, mas de uma rede legal credenciada para esse serviço. Também indica que as situações que envolvem o aborto – quando tornadas concretas – podem ganhar outro julgamento, para além da moral hegemônica, quase cristalizada, da sociedade em que vivemos. Em princípio, a líder é contra, mas quando a situação ganhou cara e história – a filha da sua amiga e os dilemas postos à particularidade dessa jovem no que tange ao aborto – julga de forma diferente. Isso nos faz lembrar da campanha de televisão, disponível no *you tube*, que recentemente o IPAS lançou: perguntava se as pessoas eram contra o aborto e maioria respondia que sim; contudo, quando perguntava se a mulher que praticava o aborto devia ser presa, todos ficavam em silêncio. Enfim, o exemplo remete-nos à hipótese de que parte da sociedade brasileira, contrária ao aborto, pode verbalizar um discurso abstrato e reprodutor da moral hegemônica.

O segundo exemplo relata as agruras a que as mulheres são submetidas quando do aborto provocado em clínicas de qualidade duvidosa ou em casa, além dos riscos iminentes ao procedimento realizado nessas condições. Ainda sofrem quando precisam procurar a rede de serviços para curetagem. São atendidas, em geral, em maternidade com

emergência, como criminosas ou com menos respeito que as demais usuárias. A equipe lhes dispensa pouca atenção, em geral, e ainda não podem falar da situação, uma vez que por ser o aborto um crime, têm que, na maioria das vezes, mentir sobre o que aconteceu.

No Brasil a prática do aborto é crime, salvo nas situações previstas na lei – em caso de gravidez advinda de um estupro ou para salvar a vida da mulher; contudo, nunca deixou de existir. É bem possível que cada cidadão desse país conheça alguma história de alguém que passou pela situação de buscar ou realizar um aborto clandestino e/ou conheça ou tenha ouvido falar de uma clínica na sua cidade ou bairro que realiza abortos.

Como vêm chamando atenção, há anos, as entidades de defesa dos direitos das mulheres, o aborto é, também, um problema de saúde pública. Recentemente duas autoridades pronunciaram-se claramente sobre isso. Uma foi o ministro da saúde José Temporão e outra foi o presidente Lula, conforme sinalizado anteriormente.

O presidente da república, mesmo que pessoalmente afirme que seja contra o aborto, disse, certamente, na abertura da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos, em 2008, que o aborto deve ser discutido, pois enquanto isso não acontece as mulheres pobres têm morrido devido a abortos realizados em péssimas condições e as “filhas de madame” têm sido atendidas em clínicas clandestina de alta qualidade. Aqui o Presidente Lula traz um recorte importante sobre o tema: a questão de classe. Uma vez que o aborto é ilegal, ele não está incluído no rol de serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mas está disponível, com os riscos que envolvem a clandestinidade, desde que se pague para isso, sendo que o preço muda a depender da qualidade e dos riscos que o serviço prestado apresenta.

Além das questões acima tratadas, que envolvem a proibição do aborto – um problema de saúde pública, o preconceito por parte dos profissionais, o medo que as mulheres vivem, a diferença de classe como determinante na qualidade de saúde etc – queremos também discutir o aborto como um direito da mulher, fruto de sua escolha. Afirmá-lo parece preciosismo, mas não é. Tratar o aborto como um direito de escolha significa explicitar que seres humanos – homens e mulheres – devem ser sujeitos de suas escolhas e por ser uma questão que envolve diretamente mulheres, quando discutida genericamente possibilita uma reflexão sobre o gênero humano, a partir de um exercício de alteridade e de liberdade.

Neste capítulo refletiremos de forma panorâmica, sobre as características do aborto na história e discutiremos sua particularidade no Brasil. Mais à frente trataremos de temas

que polarizam o debate sobre o aborto na atualidade, tentando lançar algumas questões éticas sobre o assunto.

1. Caracterização do aborto na história

O aborto é uma prática histórica. Os textos mais antigos que chegaram até nós fazem referência – seja com um caráter de normalidade, seja como crítica – à sua realização. É um tema permanente na história da humanidade⁴⁴. Observando o legado que a cultura ocidental absorveu, podemos tomar contato com a polêmica sobre o aborto já na antiga Grécia. Estudos sobre o tema expressam tanto a crítica ao aborto, como a de Hipócrates (considerado o pai da medicina), ou o seu contrário, segundo Aristóteles, que a considerava como uma legítima estratégia política de controle da natalidade. Na realidade, durante muito tempo, o aborto, o infanticídio e a contracepção eram indistintos e, mesmo que proibido por leis e pelas religiões, eram realizados mais livremente, porque os mistérios do corpo feminino eram apenas de domínio das mulheres. Vários chás, que hoje se entendem como abortivos, eram tomados pelas mulheres como forma apenas de “regular” o seu fluxo menstrual, uma vez que o aborto era entendido apenas quando se formava o feto no corpo, a ponto de ser identificado quando apalpada a barriga da mulher.

“A única voz na matéria será a da mulher, porque era ela quem confirmava *oficialmente* a existência de uma gravidez, só ela podia testemunhar o primeiro movimento do bebê, porque o que nela sucedia não era de outro modo reconhecível” (Galeotti, 2007: 30. Grifo original).

Com o desenvolvimento científico da sociedade moderna a questão adquire novos contornos. Logo, esse quadro vai se alterar entre os séculos XVII e XVIII. Com a descoberta de novos conhecimentos, se desenvolvem rapidamente os estudos sobre a constituição biológica e anatômica de homens e mulheres. Nesse processo a ciência vai dominando o processo de gestação e os seus efeitos sob a corporalidade da mulher. Também acontece a distinção entre o aborto provocado com o infanticídio e os métodos contraceptivos.

⁴⁴ Galeotti (2007) faz um detalhado estudo tratando de diferentes textos dos filósofos gregos, bem como dos documentos religiosos e os escritos pelos intelectuais das religiões. Para uma análise sobre como as diferentes religiões tratam sobre o tema, ver também a exposição de Faúndes e Barzelatto (2004) e o resumo de Prado (2007). De forma a mostrar que o pensamento católico – inclusive em termos históricos – não é monolítico, o Movimento Católicas pelo Direito de Decidir vem publicando diversos materiais de grande importância sobre o tema. Dentre eles destacamos: Rosado-Nunes e Jurkewicz (2002), Aguire (2006), Rosado-Nunes (2006).

“A obscuridade que envolvia a gravidez protegia a mulher da entrada oficial do sexo masculino ao longo dos nove meses. Se aos olhos modernos contracepção, aborto e infanticídio aparecem bem distintos, durante séculos constituíram um acervo inseparável devido, também, às escassas informações sobre a anatomia e a fisiologia femininas. Mas tudo isso se reconfigurará – em termos de observação concreta e a nível simbólico – com as descobertas científicas e o Iluminismo, ainda que as conseqüências nem sempre sejam positivas para as mulheres quando os ‘mistérios’ se esclarecerem, quando as Luzes, ao iluminarem tudo, iluminarem também o interior do ventre feminino. Não é por acaso que a passagem ao *feto público*, para usar uma expressão feliz de Bárbara Duden, se verificará com um reconhecimento visível da gravidez” (Galeotti, 2007: 31. Grifo original).

Além do salto que dá o conhecimento, cabe destacar que com a Revolução Francesa, em 1789, há o impulso da constituição dos Estados nacionais e a questão do controle da natalidade ganha expressão mais acurada o que não significa que antes na história o tema não tenha sido uma preocupação dos governantes, como estratégia política.

Conforme veremos no capítulo 1 “Trabalho coletivo em saúde e a inserção dos profissionais de Serviço Social” da parte II da tese, a história da medicina passa por um bom tempo, desde a Grécia Antiga até o início da Idade Moderna, pela cisão entre físicos e cirurgiões. Os primeiros, considerados da elite – responsáveis pelo ensino universitário e pelo controle do exercício profissional – realizavam exames e prescreviam, mas não realizavam intervenções no corpo humano. Essas intervenções eram de responsabilidade dos cirurgiões, considerados profissionais de segundo nível e que tinham o seu exercício controlado pelos primeiros. Essa prática dicotômica só será superada quando o exercício profissional de ambos – físicos e cirurgiões – se estabelecerem no mesmo espaço, que é o hospital. No final do século XVIII isso já era uma realidade (Nogueira, 2007).

A partir do que foi esboçado podemos entender que a prática em saúde na atenção à mulher foi, em termos gerais, até o século XVII, de desconhecimento do seu corpo, tanto pela ausência de conhecimentos como pela dicotomia teórica e prática a partir da cisão entre físicos e cirurgiões. A partir do século XVIII a questão demográfica ganha um interesse extremo por parte do Estado. Aliás, conforme aponta Nogueira (2007) os médicos serão, na sua maioria, os intelectuais desse Estado. Portanto, a partir daqui, provavelmente mais do que em outro momento da história (uma vez que inexistiam conhecimentos científicos efetivos), o corpo da mulher – com vistas à reprodução – passa a ser objeto de

controle público. Contudo, a responsabilidade pela gravidez ou não, bem como a criação de filhos, ficaram repousados, nas responsabilidades femininas.

“Até o século XVIII, pouco se tinha avançado na prática médica obstétrica para além dos conhecimentos hipocráticos: a vida era frágil, a obstetrícia primitiva e a mortalidade materna atingia 25 por 1.000 nados-vivos. A partir desse século, a ciência médica começa a desenvolver-se e a saúde reprodutiva é assumida pelo obstetra, que passa a assistir ao parto das classes superiores. Os médicos estavam então na primeira linha de combate ao aborto: assenhorando-se progressivamente de tudo o que dizia respeito à saúde reprodutiva, com a obstetrícia a nascer, tornaram-se aliados da Igreja e do governo no combate ao aborto” (Campos, 2007: 29).

Entre 1750 e 1850 há um grande crescimento demográfico, já que um dos efeitos da revolução industrial foi a antecipação da idade do casamento, provavelmente por que, em decorrência da saída do meio rural, os homens e as mulheres jovens passaram a casar mais cedo para poderem, juntos, rumarem em direção às cidades. Por isso Thomas Malthus, um pastor evangélico, escreveu em 1798 um livro intitulado “Ensaio sobre a População”, onde afirmava que se a população continuasse a crescer desordenadamente geraria, em um futuro breve, dificuldades materiais de subsistência da população no mundo. Malthus dirigia seus argumentos para as populações mais pobres e para isso a solução seria a redução do número de filhos por famílias. Como era contra o aborto ou a concepção, Malthus propunha o casamento tardio, a abstinência sexual fora do sacramento e a atividade sexual mínima entre os casados (Campos, 2007).

No período em que Malthus lançou o livro, no século XVIII, suas idéias não tiveram muito êxito. Contudo, foram recuperadas no século seguinte. Essa onda neomalthusiana ganhou fôlego em diferentes espaços do mundo entre o século XIX – anteriormente o que se conhece de êxito do planejamento familiar era apenas na França – gerando discursos sobre a importância do controle do número de filhos. Na Europa havia correntes conservadoras e também anarco-sindicalistas que também faziam o discurso do controle da natalidade (Campos, 2007).

No final do século XIX e início do século XX a natalidade, segundo os dados existentes sobre a Europa e os Estados Unidos, de fato baixou. Ao contrário do que propunham os divulgadores neomalthusianos, o controle da natalidade se deu mais nas classes médias do que nas camadas operárias (Campos, 2007). Na França houve uma

grande campanha contra o controle da natalidade⁴⁵. Na realidade, foi a expressão de um contexto mais amplo, de reação, que pode se chamar de movimento natalista, de combate às práticas de controle da natalidade e que atuará deste período em diante. Esse movimento de reação articula os médicos, considerados os intelectuais e detentores da verdade sobre o assunto, e o meio jurídico, com o poder de penalização, a favor dos interesses do Estado, preocupado com a despovoação (Campos, 2007. Cunhal, 1997).

Um fato marcante sobre o aborto foi a sua legalização na União Soviética, em 18 de novembro de 1920, após a revolução de 1917, por conta do risco à saúde que a mulher já enfrentava quando se submetia ao aborto na ilegalidade (Cunhal, 1997). Historicamente foi um grande avanço, mas essa decisão legal não foi tomada pelo entendimento do aborto como um direito de escolha e sim, estritamente, como um problema de saúde. Tanto que em 27 de junho de 1937 o aborto volta a ser proibido na URSS, salvo em casos terapêuticos, em virtude da melhoria das condições de vida e da criação de leis e serviços de proteção às mulheres e às crianças.

Sobre a relação entre crescimento demográfico e a sua relação com os interesses do Estado capitalista, escreve Cunhal⁴⁶, no calor dos fatos:

“As ideologias dominantes correspondem a um conjunto de condições objetivas e às necessidades das classes dominantes. A miséria e a crise, acompanhando a primeira revolução industrial, e o crescimento vertiginoso da população deram origem, em certo momento, ao malthusianismo. O imperialismo e a guerra, os combates pela expansão e o domínio no mundo conduziram à defesa do aumento da população. As classes dominantes, em certo momento histórico defensoras do malthusianismo, combatem-no agora” (Cunhal. 1997: 45-46).

No pós-segunda guerra mundial há uma explosão demográfica, conhecida como *baby boom*. Nunca ficou esclarecido o seu porquê, que na realidade foi mais elevado nos Estados Unidos do que na Europa (Campos, 2007). Paralelo a isso continua o grande crescimento demográfico nos países periféricos. Derivam daí as intervenções de

⁴⁵ Thébaud (2003) trata esse processo na primeira metade do século XX na França, trazendo reprodução dos folhetos de campanha contra o aborto. Um dos desenhos mostra uma mulher com uma arma apontada para um bebê, numa clara associação do aborto com assassinato.

⁴⁶ A obra de Cunhal (1997) está sendo referência para a análise que aqui fazemos sobre a questão do aborto, nesse período, na URSS. O autor não faz essa crítica à lateralização do direito de escolha das mulheres. Mas defende claramente a legalização do aborto como forma de salvar as que ficam mais vulneráveis, as mulheres pobres. A obra de Cunhal foi escrita em 1940, em Portugal, um país sob ditadura e, logicamente, sem movimento feminista organizado. Por isso é uma obra cheia de méritos e extremamente moderna para o seu tempo.

organismos norte-americanos no controle de natalidade dos países da América Latina, com registros de esterilizações realizadas, muitas das vezes, sem a aquiescência das próprias mulheres.

No plano mundial não se pode deixar de registrar o impacto do maio de 1968⁴⁷ nos contornos da sexualidade, na medida em que esse movimento reivindica uma nova moralidade, da qual a melhor expressão é uma frase pichada nos muros de Paris: “é proibido proibir”. A partir do maio de 1968 é que a defesa da legalização do aborto se põe no cenário público como uma bandeira do feminismo. É nesse contexto que países da Europa e da América do Norte começaram a descriminalizar o aborto, fruto das conquistas do movimento feminista.

No pós 1968 havia um contexto favorável, porque mais aberto, para o debate sobre a legalização do aborto. O que não quer dizer que ele tenha acontecido sem tensões. A legalização do aborto, neste caso e também na maioria das outras vezes, foi uma conquista do movimento feminista aliado a outros movimentos.

Em 1970, quando uma nova onda dos movimentos feministas estava se organizando na França, Simone de Beauvoir, uma intelectual já consagrada, foi procurada por representantes dos movimentos para iniciar uma discussão sobre a descriminalização do aborto. Foi assim que, em 05 de abril 1971, encabeçada por Beauvoir, 343 mulheres – dentre elas a escritora Marguerite Duras e as atrizes Catherine Deneuve e Jeanne Moreau – afirmavam, em um manifesto, já terem abortado e reivindicavam a sua legalização. A afirmação tinha um caráter político e de solidariedade, uma vez que, por exemplo, Beauvoir nunca teria feito um aborto. O manifesto gerou uma grande polêmica. Mas em virtude dele, e do debate que gerou, é que o aborto foi legalizado na França em 1975 (Rowley, 2006).

Nos Estados Unidos o aborto foi descriminalizado pela Suprema Corte em 22 de janeiro de 1973, sendo conhecida a decisão como “Roe versus Wade”. Roe era o pseudônimo de uma jovem do Texas, à época com 22 anos, que moveu uma ação contra o Estado (o aborto era então proibido). Wade era o nome do funcionário do mesmo estado

⁴⁷ Trazemos aqui o maio de 1968 francês de forma ilustrativa, uma vez que o que ocorreu na França foi expressão de um movimento mais global de contestação que vinha se avolumando. Tomando como referência o 1968 na França, por meio da leitura da análise de Daniel Bensaid (um dos líderes dos estudantes universitários à época), são apresentados três elementos que irão desencadear as manifestações francesas: o não às guerras, tanto a colonial (durante 1954 e 1962 a Argélia lutou pela sua independência em relação a França) como a imperialista (contra a intervenção dos EUA no Vietnã); uma crítica ao conservadorismo da universidade e à sua reforma de ensino, num contexto de transição de uma universidade elite para uma universidade de massas; e o desencadear de greves operárias durante todo o ano de 1967 e no seguinte em zonas industriais diferentes das que tradicionalmente se mobilizavam (Bensaid, 2008: 84-85).

que coibia o aborto. O pedido da jovem foi negado e a ação foi para a Suprema Corte, que demorou treze meses para julgar o caso. O filho de Roe nasceu e foi encaminhado para adoção. Mas o caso entrou na história por que, por meio dele, a Suprema Corte legalizou o aborto no país.

Atualmente o aborto é descriminalizado no Canadá, Estados Unidos, em toda a Europa (exceto Espanha, Malta, Polônia, Irlanda, Grã Bretanha e Finlândia), em vários países do antigo leste europeu, (muitos integrando já a Comunidade Européia), na Rússia, na China, na África do Sul, na Guiana, na Guiana Francesa, em Cuba, dentre outros. Os países que criminalizam totalmente o aborto são o Chile, El Salvador, Honduras e Nicarágua, todos da América Latina⁴⁸. O restante dos países permite o aborto em algumas situações, na sua maioria para salvar a vida ou preservar a saúde da mulher.

Sobre os países que permitem o aborto em algumas situações, existem alguns que admitem diversos motivos (para salvar vida ou preservar a saúde física ou mental da mulher, em caso de estupro, em situação de má-formação fetal ou por razão sócio-econômica). Ou seja, mesmo não aceitando o aborto por escolha da mulher, possibilitam, na prática, a descriminalização (casos da Grã-Bretanha e da Finlândia). Em outros países a lei é aplicada de forma abrangente, como o caso da Espanha – que, tal qual os dois países anteriormente citados, aceita o aborto naqueles casos, exceto por razões econômicas – que durante anos atendeu as mulheres de Portugal quando o aborto lá era proibido. No plebiscito português sobre a descriminalização, realizado em 2007, os defensores da mudança da lei argumentavam, e isso era tema de debates nas ruas e nos jornais, de que era um moralismo o país obrigar as suas mulheres a irem para Badajoz, que é uma cidade espanhola próxima da fronteira e que tem uma clínica privada de referência para os casos de abortamento.

Nos casos de países onde o aborto é legalizado, isso não quer dizer que as mulheres podem fazer uso desse serviço. Em muitos países o acesso ao sistema de saúde não é universal, caso dos Estados Unidos. Nesse país a questão acirrou-se com a decisão de algumas seguradoras de não cobrirem custos com abortamentos. Além disso, a existência de uma lei não garante que a tensão sobre o tema tenha acabado. Nos Estados Unidos existem cada vez mais manifestações pela criminalização do aborto e o ex-presidente

⁴⁸ Segundo Amaral (2008), El Salvador e a Nicarágua, até 1998 e 2006, respectivamente, permitiam o aborto considerado terapêutico. Ainda sobre a América Latina cabe informar que, em 2008, o aborto no México foi descriminalizado apenas na Cidade do México – apesar do presidente da república, Felipe Calderón ser contrário – em virtude do país ser constituir em uma república federalista. No Uruguai o aborto foi descriminalizado pelo parlamento, mas a lei vetada pelo atual presidente da república, Tabaré Vasquez.

George W. Bush cortou verbas para instituições pró-aborto, decisão revista com a recente posse de Barack Obama, em janeiro de 2009, na presidência dos Estados Unidos. Portugal também é um exemplo: mesmo com a recente descriminalização do aborto até 10 semanas, em resposta ao plebiscito de 2007, já existem manifestações e um abaixo-assinado reivindicando a revogação da lei.

O aborto é um tema histórico e polêmico em todo o mundo na atualidade. Em cada país, o processo de defesa ou de contrariedade a sua descriminalização ganha contornos diferenciados – o que tem a ver com a dinâmica histórica de cada país e com suas correlações de força, que determinam sua total criminalização ou a sua descriminalização, ou criminalização em algumas situações. Ainda assim, considerá-lo crime varia a depender da interpretação mais alargada ou não da lei. Por isso, cada país merece ser analisado na sua particularidade, sem perder a dimensão da totalidade e da contradição. No próximo item buscaremos realizar um apanhado sobre a questão do aborto no nosso país.

2. Panorama histórico da questão do aborto no Brasil

Pode-se entender que a questão do aborto é antiga no Brasil, existindo possivelmente antes da colonização portuguesa. O padre José de Anchieta, numa carta de 1560, já tratava o assunto ao criticar as mulheres indígenas:

“Entre estas casas acontece que se baptizam y mandam ao cielo algunos niños que nacen medio muertos y otros movidos lo qual acontece muchas vezes mas por la humana malicia que por desastre, porque estas mulheres brasiles muy facilmente muovem, o iradas contra sus maridos o, las que no los tienem, por miedo o por otra qualquier ocasion muy leviana, matam los hijos o beviendo para essa algumas brevages, o apretando la barriga o tomando carga grande y com otras muchas maneras que la crueldade inumana hace inventar” (apud: Del Priore, 1994).

Desta forma, defende Del Priore (1994) que a preocupação com o aborto já existia no Brasil Colônia:

“É impossível pensar a questão do aborto na história do Brasil sem inscrevê-la no quadro mais abrangente da colonização. Momento por excelência de preocupação da metrópole portuguesa com o assustador vazio demográfico que significava a terra brasileira, o Estado luso incentivava com rigor uma política de ocupação que se apoiava em três vertentes: 1) a luta contra ligações consensuais e concubinárias fora do controle do Estado e da Igreja Católica;

2) a proibição de instalação de conventos de freiras, desde 1606, com a explicação de que era preciso povoar a terra brasileira de gente honrada; 3) a imposição do matrimônio como mecanismo de controle das populações coloniais e, no seu interior, a condenação de qualquer forma de controle malthusiano. Na perspectiva católica, a sexualidade encontrava sua única justificativa na procriação” (Del Priore, 1994).

Assim, o controle sobre o aborto tinha por metas cercear a reprodução de mestiços; enquadrar o papel da mulher como simples reprodutora; e, especialmente, aumentar a população com vistas à proteção da colônia. Portanto, também no Brasil, a proibição do aborto visava interesses do poder bem menos que expressava preocupação moral sobre a possível ilicitude desse ato.

No Brasil Colônia o aborto era julgado moralmente como negativo pela igreja, seus praticantes eram perseguidos pelos representantes da Coroa e criticados pelos profissionais da medicina (Del Priore, 1994). Sobre esses últimos cabe lembrar – conforme trataremos na próxima parte – que eram poucos os físicos e cirurgiões (destes, a maioria eram barbeiros) que aqui atuavam (Palma, 1996). Nesse período histórico ainda não existiam conhecimentos científicos sobre a saúde da mulher e poucos eram os profissionais com melhor qualificação, o que nos leva a entender sua crítica aos abortamentos, ainda que seja necessário registrar que estes poucos tinham como intervir no que na época podia se entender como os mistérios dos corpos das mulheres.

A primeira lei brasileira que se conhece de repressão ao aborto data de 1830 – o Código Criminal do Império – onde este é tratado no capítulo “contra a segurança das pessoas e da vida”. Este código punia apenas a quem fazia o aborto. Não havia, portanto, punição nenhuma para a mulher. Em 1890, já na República, essa situação é alterada, uma vez que o Código Penal passa a penalizar também a mulher. Contudo, a pena poderia ser reduzida em caso de auto-aborto com vistas a ocultar a própria desonra. Essa lei vigorou até 1940, quando há a promulgação do Código Penal, em vigência até hoje, que exclui da ilicitude o aborto resultado de estupro ou em casos de risco de morte para a mulher (Oliveira, 2004).

Entre o final do século XIX e início do século XX há no Brasil: a divulgação de métodos contraceptivos (que já haviam surgido na Europa no século anterior, mas até então eram limitados e pouco divulgados); a formação de médicos (a primeira faculdade de medicina do Brasil iniciou-se em Salvador em 1832); e a disseminação do conhecimento científico sobre a saúde das mulheres (com a constituição do campo da ginecologia). Na

Europa estava sendo divulgada uma releitura de Malthus – o neomalthusianismo – o que não interessava as classes dirigentes no Brasil.

Rohden (2003) sustenta que é na primeira metade do século XX que se dará, no Brasil, uma aliança entre a medicina, a justiça e as autoridades governamentais, de cunho natalista, com vista a controlar o corpo da mulher. Conforme trata a autora:

“Sugiro que há a conformação de um contexto bastante singular na primeira metade do século XX, no qual é possível identificar a configuração de um conjunto de idéias e ações que mostram a adoção de uma política mais nítida de gerenciamento da sexualidade e reprodução. Essa política, entendida em sentido amplo, se produz na interface entre diversos fatores e atores. Mas, sem dúvida, a conexão entre o discurso e as práticas da medicina, da justiça e das autoridades governamentais pró-natalistas é um dos eixos fundamentais. Em um contexto de movimentos tão diversos e impactantes – como a preocupação com a soberania da nação, a ascensão das idéias eugênicas e a propagação do feminismo – sexo, reprodução e controle da natalidade se tornavam questões fundamentais” (Rohden. 2003: 14-15).

No seu estudo, Rohden (2003) faz uma análise de documentos originários tanto da medicina como da justiça, notadamente as teses da antiga Faculdade de Medicina, bem como dos inquéritos e processos judiciais armazenados no Arquivo Nacional referentes ao período de 1890 e 1940.

Num contexto mais geral – de afirmação da ginecologia e a tentativa dos seus profissionais de se diferenciarem das parteiras; de preocupação com a entrada da mulher no mercado de trabalho e sua emancipação em geral; de garantia da supremacia religiosa da Igreja Católica; e de preocupação do Estado para garantir o adensamento populacional, aliado a uma preocupação eugênica, logo, contra a mestiçagem – é que podemos pensar na aliança entre a medicina e a justiça. Os médicos atuavam como intelectuais – enquanto possuidores do conhecimento – do Estado na repressão ao aborto.

Rohden (2003) observa que a temática do aborto, em seus diferentes aspectos é assunto nas teses de medicina entre 1840 e 1931, sendo que o aborto provocado, denominado como aborto criminoso, foi mais abordado entre 1873 e 1925. Afirma que o assunto era delicado e tratado sob diferentes ângulos pela medicina. Sobre o aborto terapêutico, para salvar a vida da mãe, há um debate polarizado. Por exemplo, Fernando Magalhães, em seu livro de 1917, já criticava a Igreja e defendia o aborto para salvar a vida da mulher. A partir de 1910 começam a surgir mais produções sobre o chamado aborto criminoso, que nada mais era que o aborto provocado.

Dentre as citadas teses, Rohden (2003) faz uma análise acurada da obra de Alfredo F. da Costa Júnior, escrita em 1911. Esse autor fez um minucioso estudo sobre o aborto, recorrendo a anúncios de jornal (onde, nitidamente, ainda que numa linguagem indireta, se vê a divulgação de serviços que provocavam abortos) e entrevistas com médicos ilustres. O estudo de Costa Júnior visa aumentar a repressão sobre o aborto não há nenhum registro de preocupação com o atendimento médico em si. Afinal, pensava o autor: “O produto da concepção normal não pertence só a mãe, ele pertence também ao Estado, do qual virá fazer parte e como tal, este deve zelar pela sua vida” (Costa Junior, 1911 apud: Rohden, 2003: 67).

Importante também registrar a tese, de 1923, de Archimino Mattos, que, também contrário ao aborto, relata, dentre outras situações, a experiência de um homem que o procurou solicitando um remédio abortivo. O médico, ao ver que o homem não desistiria da idéia, lhe passou um remédio. O que o homem não sabia é que era um “vinho tônico de granado”. O homem retornou ao médico informando que nada havia ocorrido. O médico lhe disse que a dose teria sido então pequena e lhe passa, de novo, o mesmo remédio, que o homem continua achando ser um abortivo. Ter mentido para esse homem, para evitar o aborto, era um motivo de orgulho para esse médico (Rohden, 2003).

Por fim, ainda sobre a análise da produção e do debate médico da época, estudados por Rohden, importa-nos destacar o debate iniciado em 1915 pela pergunta de um médico em um jornal sobre a licitude do aborto no caso das mulheres estupradas na 1ª Guerra Mundial. Esse debate teve diferentes posições, mas certamente a exceção do aborto em caso de estupro, previsto no Código Penal de 1940, é fruto dele.

Já os inquéritos e processo judiciais foram julgados tendo como referência o Código Penal de 1890, uma vez que os casos analisados por Rohden (2003) sobre aborto se concentram entre 1914 e 1932. Parece que os casos de aborto permaneciam na clandestinidade, vindo a público somente quando havia a denúncia de alguém que, em geral, eram vizinhos ou empregadores das mulheres. A maioria das mulheres denunciada era de classes populares, trabalhadoras e solteiras, distantes do padrão de mulher idealizado pelos juristas.

De um modo geral, ao lermos a obra de Rohden (2003) podemos identificar que nas primeiras décadas do século passado no Brasil há um acirramento da perseguição ao aborto no Brasil, sendo expressão prática o exposto no Código Penal de 1940. Também há uma aliança entre o recente saber médico, no que se refere à obstetrícia e à ginecologia, com a justiça no controle da reprodução feminina, ao mesmo tempo em que se instauram por aqui

várias mudanças, como a entrada da mulher no mercado de trabalho. O aborto, mesmo que proibido, era praticado e pouco punido. Desde cedo a lei no Brasil – e isso também acontece em outros países, como, por exemplo, Portugal – mostrava a sua ineficácia⁴⁹.

No que se refere às mulheres, tanto no discurso médico como no jurídico, estas não são tratadas como sujeitas de sua própria vida (tanto no direito sobre o seu corpo, como na eventual escolha por um aborto) e, sim, como vítimas de “inescrupulosos” ou da “civilização exagerada”. Daí a ênfase à perseguição daqueles que exerciam a prática do aborto, pois poucos eram os discursos que enfatizavam a responsabilização da mulher pelo ato em si. Aliás, as teses de medicina que tratavam do tema aborto pouco se referiam às mulheres. Assim, o que elas viam e sentiam sobre a questão do aborto não era de conhecimento dos intelectuais médicos e não há registros de que os juristas se preocupassem com isso. Contudo, há indícios de que para essas mulheres o sentido da interrupção da gravidez era outro, que não o dos médicos e juristas (Rohden, 2003).

Parece que, mesmo com o avanço científico já existente na primeira metade do século, há, em geral, um raciocínio feminino de que os diferentes métodos e chás existentes utilizados para aborto não eram para isso e, sim, para normalizar o fluxo menstrual. O que era expelido dessas iniciativas não era entendido como um feto, mas como algo estranho ao corpo feminino como por exemplo, sangue prensado. Assim, as mulheres não se viam como se tivessem praticado aborto.

Pedro (2003), num estudo realizado tendo como referência o estado de Santa Catarina, identifica uma ausência da temática aborto nos jornais. Contudo, ela existia e estava viva na memória das mulheres, entrevistadas em 1996 pela autora, que tiveram sua vida procriativa antes dos anos 1950. Escreve Pedro:

“Nas entrevistas, é possível observar como o corpo feminino e o feto eram representados pelas mulheres. Para muitas delas, o aborto de um mês, por exemplo, não significava a supressão da vida de uma criança. O sangue que a sonda trazia era recebido com alegria: ‘Aí aquilo foi uma maravilha’ (Ruth, 1996). A descrição que fazem é a de ser uma ‘bola coalhada’ (Ruth, 1996), às vezes uma ‘bola branca’ (Ondina, 1996); em outras ocasiões, descrito como ‘um monte de molas’, semelhante a ‘água-viva gelatinosa’ (Matilde, 1996). Enfim, era ‘sangue parado’ (Ruth, 1996). Remetem à representação de corpos que envolviam um útero capaz de gerar os mais diversos produtos, semelhante àquelas constantes dos depoimentos das acusadas de infanticídio. São

⁴⁹ Cunhal (1997), em sua tese, escrita em 1940, apresenta dados sobre os poucos casos julgados à época em Portugal.

representações que não coincidem com as expressas nos processos judiciais ou nos textos dos jornais, e que serviam ao controle da sexualidade feminina” (Pedro, 2003: 168)⁵⁰.

A questão do aborto, conforme já escrito, punida por lei pelo Código Penal de 1940, permaneceu, na realidade, praticamente inalterada até o fim dos anos 1980. Ou seja, legalmente considerada como um crime – salvo nos dois casos previstos por esta lei –, mas pouco cumprida e sem serviços para realização do aborto legal. Contudo, isso não quer dizer que não houve movimentos de tentativa de mudança da lei, mas estes não tiveram êxitos. Segundo Rocha (2005), entre o final dos anos 1940, com a reabertura do Congresso após o “Estado Novo”, até o começo da década de 1970, período já da ditadura militar, há uma discussão, incipiente, de se suprimir os dois permissivos previstos no Código Penal de 1940 referentes ao aborto.

Conforme já tratamos no capítulo sobre a política de saúde, a ditadura militar no Brasil é significativa para o entendimento dos rumos do país. Assim também podemos pensar acerca da questão do aborto. Sobre o período ditatorial, entre 1964-1979⁵¹, Rocha (2006) lembra que chegou-se a decretar um Código Penal em 1969, mas que não entrou em vigor. Esse código mantinha as punições e exceções anteriores que se referiam ao aborto, alterando as punições referentes ao auto-aborto ou aqueles feito por terceiros. Por outro lado, diminuía a pena em caso de aborto em defesa da honra. No legislativo foram encaminhados quatro projetos sobre o aborto, sendo um de descriminalização e os outros prevendo outras exceções. Dois projetos foram discutidos e foram rejeitados. Na sociedade civil, onde o debate já era restrito em virtude da conjuntura de repressão, não havia nenhum segmento que tratava explicitamente do tema⁵² e a posição da Igreja, nesse período, era defensiva.

Entre 1979 e 1985, período que compreende a gestão do General Figueiredo, o poder executivo também não tomou nenhuma iniciativa sobre o aborto. Contudo, é relevante a discussão sobre o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), uma vez que ele se refere ao planejamento familiar como estratégia para evitar o aborto provocado. Não

⁵⁰ Os nomes e os anos entre parênteses referem-se ao pseudônimo dado por Pedro (2003) às mulheres entrevistadas e ao ano em que as entrevistadas foram realizadas.

⁵¹ Notem que esse período compreende as três fases definidas por Netto (1996) e tratadas, por nós, no capítulo anterior.

⁵² Estamos aqui nos referindo, com a ajuda de Rocha (2006), à questão do aborto. Mas cabe lembrar que nos últimos anos da década de 1970 começam a (re)surgir diversos movimentos sociais, dentre eles os movimentos pelos direitos das mulheres. Segundo Blay (1980), em 1975, aproveitando o Ano Internacional da Mulher, foi criado o Movimento Feminino pela Anistia, que “Foi o primeiro movimento organizado, de contestação à ordem vigente, após 11 anos de exceção” (1980: 65).

há no PAISM nenhuma referência ao aborto, devido à conjuntura da época, uma vez que na sua equipe de formulação existiam feministas defensoras da descriminalização do aborto. No legislativo foram apresentados cinco projetos de lei, sendo um para a descriminalização e dois ampliando as exceções. Em dois desses projetos já aparecem a influência do movimento feminista. O debate na sociedade civil já era menos restrito: no processo de redemocratização vários sujeitos voltam à cena, sendo o movimento de mulheres um desses sujeitos. Emerge, aí, o movimento feminista autônomo e com clara atuação política. Começam a acontecer eventos, em geral no Rio de Janeiro e São Paulo, que discutem a questão do aborto⁵³.

Um dos eventos foi o ato pela legalização do aborto realizado no Teatro Casa Grande, no Rio de Janeiro, em 28 de abril de 1980. Nesse evento Mary Garcia Castro, enquanto representante do Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro, informava:

“O Coletivo de Mulheres do Rio de Janeiro é a favor da legalização do aborto, mas considera a aprovação de uma lei um ponto em um processo de luta. Preocupa-nos neste sentido, a campanha, antes e depois da legalização do aborto, a tomada de consciência pela mulher da sua opressão, a sua participação nesse processo. Para um projeto novo são necessárias novas formas de luta; pela reflexão coletiva das experiências individuais gera-se impulso a ação. A melhor lei sobre direito a concepção, contracepção e aborto será aquela discutida, exigida e velada pelas mulheres” (Castro, 1980: 230).

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) também se posicionou, no mesmo período, a favor da descriminalização do aborto, lembrando que mesmo sendo um tema polêmico merecia ser debatido. Ainda mais naquele momento em que o país iniciava os preparativos para a implantação dos seus programas de planejamento familiar em que a ilegalidade não impedia a realização de abortos e, sim, propiciava que os mesmos fossem feitos em péssimas condições de saúde para as pobres, sendo feito em boas condições apenas para uma minoria, aquela que podia pagar por esse serviço. Assim, dizia o CEBES,

⁵³ Sobre a questão do movimento feminista e do movimento de mulheres, útil é a reflexão de Oliveira (2005: 131-132): “No final da década de 1970, o discurso dos direitos humanos das mulheres estava colado na seguinte premissa: ‘Nosso corpo nos pertence’. Foi essa premissa que diferenciou conceitualmente o movimento feminista do movimento de mulheres. Para o feminismo, a questão do direito ao aborto, do direito à escolha de ter ou não ter filhos, a escolha do livre exercício da sexualidade é premissa básica, fundamental e necessária. Já o discurso do movimento de mulheres é mais amplo, suas reivindicações são abrangentes, tratam de um complexo de demandas por equipamentos sociais no qual a questão do aborto não está posta. No entanto, algumas mulheres do movimento de mulheres aliaram-se ao movimento feminista, embora alguns momentos dessa aliança tenham sido permeados por uma tensão entre ambos os movimentos. É um equívoco utilizar movimento feminista e movimento de mulheres como sinônimos. O aborto pode ser considerado o divisor de águas entre o movimento de mulheres e o movimento feminista.”

dentre os diferentes problemas do aborto clandestino, este reforçava a desigualdades de classes. Em defesa da descriminalização do aborto e preocupado com a forma como se daria no contexto da política de saúde da época – que, como sabemos, não era um direito universal – a nota do CEBES reivindica:

“O aborto legal não deverá ser encarado como fonte de lucro da medicina empresarial. O aborto legal é função do Estado. Caso contrário reproduzirá em maior ou menor grau as mesmas desigualdades do aborto clandestino institucionalizado numa prática legal distorcida. A contratação de serviços privados pelo Estado, pela previdência e o seu pagamento por US's (Unidade de Serviços) poderá gerar verdadeiras endemias de aborto a exemplo das cesáreas” (CEBES. 1980: 234).

Outro evento, este destacado por Rocha (2006), foi o realizado no Rio de Janeiro em 1983, que congregou 300 mulheres e 57 entidades. É um evento significativo por que nele foi elaborado um documento em que os signatários afirmavam o aborto como um direito e a importância de informações sobre o assunto e de serviços públicos para o atendimento ao abortamento.

Entre 1985 e 1989, na chamada transição democrática, quando o país foi governado por José Sarney, o debate sobre os direitos das mulheres estava posto na sociedade brasileira por meio do protagonismo de vários movimentos feministas em sua defesa. A assembleia constituinte, instaurada em 1986, foi um espaço de polarização entre antagônicas propostas para o país e não poderia ser diferente no que tange ao aborto. É na tensão do processo constituinte que Rocha (2006) identifica uma mudança de postura da Igreja Católica, deixando de ser reativa e passando a ter uma postura agressiva sobre a possível descriminalização do aborto. Exemplo disso é que a questão do aborto entrou na assembleia constituinte por meio de representantes da Igreja, articulados em torno da CNBB. O tema, muito polêmico, também foi tratado nas emendas populares (Rocha, 2005). O movimento feminista, tendo como articulador o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, estrategicamente não apontou a descriminalização do aborto no processo constituinte. Em virtude da polêmica, a questão do aborto não foi discutida no plenário da assembleia constituinte. Contudo, nas atividades ordinárias do Congresso Nacional foram apresentados dois projetos em 1986 e dois em 1988. Destes dois eram conservadores, mas nenhum dos quatro foram aprovados.

Esse período, a abertura política e a transição democrática, é extremamente rico para a democratização do país. Diversos movimentos e sujeitos que foram perseguidos e

tiveram que se calar voltam à cena entre final dos anos setenta e início dos anos oitenta. Há, também, a emergência de novos sujeitos coletivos, como aqueles que lutavam por melhores condições de vida nas periferias das cidades. É um fervilhar de lutas e projetos para o país. Tratamos no capítulo anterior a emergência do movimento sanitário e aqui estamos nos referindo ao movimento feminista devido aos objetivos dessa tese, mas foram muitos movimentos além destes, como, por exemplo, o da luta pela moradia, do ensino público e de qualidade etc. A década de 1980, que se inicia formalmente sob a tutela de um ditador, General Figueiredo, enfrenta um processo de movimentos de rua pelas eleições diretas, que culmina numa eleição indireta. O eleito, Tancredo Neves, falece e assume seu vice, José Sarney, um político historicamente vinculado à direita. Mas foi uma década rica, de luta pela democracia e de reconstrução do seu aparato jurídico, que foi a Constituição promulgada em 1988. Assim, podemos concordar com Rocha (2006: 369):

“(…) a redemocratização do país, em meados dos anos 80, teve peso fundamental para tornar a questão do aborto mais visível, criando condições para ampliação do debate e elaboração de novas normas e políticas públicas, bem como novas decisões no âmbito do Judiciário. No contexto do processo de democratização e do seu desenvolvimento, houve um fortalecimento da sociedade civil, aumentando sua mobilização em busca de direitos de cidadania. Em relação à questão do aborto, acentuou-se a atuação do movimento feminista no sentido de enfrentá-la politicamente no país – movimento social este que é o principal ator comprometido com mudanças de mentalidade e institucionais a respeito do assunto”.

Um dado muito importante, ainda no final dos anos oitenta, foi a implantação, em 1989, por iniciativa do Poder Executivo da cidade de São Paulo na gestão de Luíza Erundina, do serviço de aborto legal no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como hospital de Jabaquara, devido a sua localização. Ainda que a lei, desde 1940, autorizasse o aborto em caso de estupro ou risco de saúde para a mulher, esse serviço inexistia até então. Apesar do atraso com que se deu sua implementação, é uma iniciativa pioneira no Brasil e na América Latina (Talib e Citeli, 2005). Anteriormente, segundo Oliveira (2004), havia apenas a iniciativa comprometida de um profissional de medicina: “Antes disso, apenas na Unicamp (Campinas, SP) sob a responsabilidade do dr. Aníbal

Faúndes, as mulheres encontravam solidariedade para o aborto quando engravidavam pós-estupro” (Oliveira, 2004)⁵⁴.

Logo após a promulgação da constituinte foram apresentados seis projetos referentes ao aborto, na sua maioria favoráveis à descriminalização. Nos anos noventa, década marcada pelo êxito ideológico do neoliberalismo, foram apresentadas nas duas legislaturas do Congresso Nacional 23 propostas sobre o aborto, havendo uma maior movimentação no Congresso dos sujeitos interessados no tema. No que tange à descriminalização do aborto foram apresentados dois projetos. Um de autoria dos deputados Sandra Starling e Eduardo Jorge, PL 1.135/91, que propõe a supressão do artigo 124 do Código Penal, que se refere à criminalização da mulher e do profissional que fazem aborto. E o PL 176/95, apresentado pelo deputado José Genoíno, que propõe a descriminalização do aborto quando realizado nos primeiros noventa dias de gestação. Estes projetos não foram julgados nesta década.

Nos anos noventa a única proposição sobre aborto aprovada foi na Lei 8.921/94, que garante abono de faltas ao trabalho decorrente de abortamento, independente em que condições. Segundo Rocha (2005: 147-148):

“Na realidade, o projeto possibilita o referido abono de faltas, mesmo quando o abortamento for ilegal, diferentemente da legislação anterior, que somente o concedia no caso do aborto ‘não criminoso’. Os parlamentares que apresentaram esse projeto – de perfil político progressista e sensíveis aos direitos das mulheres – utilizaram uma estratégia política de atuar no espaço da legislação trabalhista, área na qual não se tem manifestado o confronto sobre a questão do aborto.”

Como iniciativa do poder executivo federal é promulgada em 1998 a norma sobre a prevenção em tratamento à violência contra a mulher. Essa norma, que foi reformulada em 2005, possibilitou a ampliação dos serviços de abortamento legal, prestada por alguns municípios e universidades. Destaque merece também, a Conferência Nacional de Direito Humanos realizada em 1999, que apontou pontos importantes no que se refere ao aborto e que foram tratadas na década seguinte no documento, apresentado em 2002, onde se indicava o alargamento das possibilidades de aborto legal (Rocha, 2006).

⁵⁴ Essa costuma ser uma afirmação consensual na bibliografia sobre o tema. Contudo encontramos uma análise diferente: “O CAISM [na época contando na equipe com Dr. Aníbal Faúndes] atendia aos casos de aborto previsto em lei desde 1986; o Hospital Fernando Magalhães [RJ], desde 1988; o Hospital Pérola Byington, desde 1994. Todos os quatro hospitais atendiam aos pedidos de aborto em caso de risco de vida para a gestante e gravidez resultante de estupro e referiram agendar consultas de seguimento pós-aborto. Apenas os Hospitais Fernando Magalhães e Pérola Byington, possuíam uma equipe especial para atender aos casos de aborto legal; nos demais, o atendimento estava inserido na rotina hospitalar”. (Duarte e Osis. 2005: 261. Entre colchetes as anotações são nossas).

3. A questão do aborto no Brasil dos anos 2000

Nas duas legislaturas do Congresso Nacional nos anos 2000, iniciadas em 1999 e 2003, foram apresentados mais 34 projetos. Nestes está acentuada uma posição reacionária acerca do aborto, que vinha emergindo desde a segunda metade da década de noventa, com propostas, inclusive, de total criminalização da prática do aborto, ou seja, retirando a excepcionalidade para os casos referentes à gravidez oriunda de estupro ou quando houvesse risco devida à mulher. Assim, na atual década a tensão sobre o debate acerca do aborto aumentou. Se até então era um tema que não permitia a construção de consensos, tanto que nem debatido foi no plenário da Assembléia Nacional Constituinte, a partir dos anos 2000 é polarizado não por movimento apenas de reação da Igreja à descriminalização do aborto, mas também de ofensiva às restritas exceções que o Código Penal de 1940 estabelece. A isso soma-se a aliança entre a Igreja Católica e representantes das diferentes religiões evangélicas⁵⁵. Todas as vezes que o Congresso Nacional discutiu o aborto o clima entre deputados e público em geral foi de um diálogo agressivo e emocional, não se chegando a nenhum lugar (Rocha, 2005 e 2006).

Se não houve um avanço sequer no legislativo em relação à descriminalização do aborto, a atual década apresentou alguns poucos avanços conquistados no Poder Executivo – mas que não deixam de ser significativos – no que tange à descriminalização do aborto.

Em 2003 a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República lançou um documento sobre a importância do país rever a política de punição ao aborto (Oliveira, 2003). No ano seguinte essa mesma Secretaria, em conjunto com o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, promoveu a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, que deliberou pela importância de se rever a legislação concernente ao aborto. Em virtude disso foi montada uma comissão tripartite (composta por representantes do poder executivo, do poder legislativo e da sociedade civil), que encaminhou ao Congresso um projeto de lei propondo a descriminalização do aborto a pedido da mulher até 12 semanas de gestação (Rocha, 2006). Esse projeto de lei, devido à proximidade na abordagem e com vistas a não enfrentar uma longa fila para iniciar a sua análise, foi anexado ao projeto de lei 1135/91 (Nogueira e Baptista, 2007)

⁵⁵ Segundo Amaral (2008) existem no Congresso as seguintes frentes: “Frente Parlamentar em Defesa da Vida”, presidida pelo deputado Luiz Bassuma (PT/BA) com 194 parlamentares; a “Frente Parlamentar da Família e apoio à Vida”, presidida pelo Bispo Robson Carvalho (DEM/DF) com 215 membros e a “Frente Parlamentar contra legalização do aborto, pelo direito à vida” com 230 integrantes.

Um outro tipo de avanço tem sido dado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério de Saúde. Tanto na gestão de José Serra, iniciada em 1998 (Governo FHC) como na de Humberto Costa, iniciada em 2002 (governo Lula), a direção da citada área técnica foi ocupada por feministas, o que possibilitou, por exemplo, a criação da norma sobre a prevenção e tratamento à violência contra a mulher e o seu aperfeiçoamento em 2005⁵⁶ e a edição da “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”, em 2004 (Oliveira, 2004).

Fora do espaço legislativo e do executivo a tensão entre posições pró e contra a descriminalização do aborto também foi, naturalmente, maior. Seus antagonistas clássicos – os representantes da hierarquia da Igreja Católica e o movimento feminista – ampliaram suas bases de interlocução, criaram novas formas de atuação, se preocuparam e qualificaram seus discursos e utilizaram a mídia na defesa das suas idéias. Conforme trata Rocha (2006), o que está posto é uma disputa de projetos:

“A questão do aborto é pauta do movimento feminista, integrada no seu temário sobre os direitos das mulheres. Nesse sentido, tem sido objeto de atuação no campo da mudança de mentalidade, da modificação da legislação e da aplicação das políticas públicas, além do trabalho com a imprensa. A questão do aborto é também pauta da Igreja Católica, como parte de sua agenda voltada para a religião e família. Sua postura na discussão política tem sido sobretudo reativa, posicionando-se contrária às iniciativas lideradas pelo movimento feminista ou em consonância com este – referentes ao aborto como um direito – e utilizando sua abrangente estrutura para divulgar idéias e exercer pressões. São diferentes visões de mundo, de relações de gênero, de sexualidade e de reprodução, mais uma vez observadas no recente episódio sobre a proposta de descriminalização e legalização do aborto apresentada em 2005. Ambos os atores têm angariado apoio e constituído parcerias. Algumas dessas parcerias são mais freqüentes: em se tratando do movimento feminista, com outros segmentos do movimento de mulheres e com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; no que se refere à Igreja Católica, com outras religiões, sobretudo aquelas de denominação evangélica” (2006: 373).

Sobre a realidade do aborto alguns dados dão a expressão da sua magnitude no Brasil. Em 2005, num dossiê não por acaso intitulado “Aborto: mortes preveníveis e evitáveis”, a Rede Feminista de Saúde, numa análise por estimativa dos dados referentes

⁵⁶ A principal mudança na reformulação da norma foi a exclusão da exigência de B.O. (Boletim de Ocorrência) no caso de aborto em decorrência de um estupro.

ao período 1999 e 2002, disponíveis pelo DATASUS / Sistema de Informações Hospitalares, identificou a realização de 238 mil internações por ano em virtude de abortamento. Sobre o aborto que acaba em morte da mulher, informa o dossiê:

“Entre os 89 casos de óbitos de mulheres por aborto analisados a partir das fontes específicas, identificou-se que 41,6% eram negras, 62,9% eram solteiras ou separadas, 60% trabalhavam como domésticas ou eram donas de casa, 73% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudos e 55% tinham menos de 29 anos de idade” (Rede Feminista de Saúde. 2005: 33).

Pesquisa recente realizada pelo IPAS e pelo IMS/UERJ, tendo como referência os registros no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, aponta, em 2005, uma estimativa de 1.054.243 abortos realizados. Mesmo que entre 1992 e 2005 tenha havido uma diminuição do número de atendimentos relativos a abortos induzidos – provavelmente em virtude do acesso ao medicamento misoprostol que, segundo pesquisas clínicas, tem produzido um número pequeno de agravamento – o padrão brasileiro é alto, uma vez que estima-se que em cada três nascidos vivos existe um aborto induzido (Adesse e Monteiro, 2007).

Em geral há um consenso de que a criminalização do aborto atinge mais a mulher pauperizada, já que as mulheres com melhor poder aquisitivo recorrem a serviços de abortamento com maior qualidade e residual risco a sua saúde. Contudo, a pesquisa confirmou mais outras perversidades, no Brasil, que são a diferença de acesso entre as regiões do país e a questão de raça / etnia (Adesse e Monteiro, 2007). Mesmo que pouco presentes no debate era de se esperar, tais constatações: o país possui uma dimensão continental e um desenvolvimento díspar, bem como é conhecida sua história de segregação racial.

No Norte e no Nordeste do país as mulheres sofrem mais em relação ao aborto clandestino, devido ao alto índice de morte, além da curetagem pós-abortamento ser o segundo procedimento obstétrico mais realizado, o que mostra que muitas têm sido as complicações advindas do abortamento. Entre as adolescentes, com 15 a 19 anos, os riscos são maiores também no Distrito Federal e nos estados do Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro. No que se refere à morte materna esta causa atinge mais as mulheres pretas e pardas do que as brancas, independente da região do país (Adesse e Monteiro, 2007).

Em janeiro de 2009 foi divulgado na mídia um crescimento de 43% no número de abortos legais – tanto nos casos previstos no Código Penal como os que se originaram por

decisão judicial, no caso de má-formação letal do feto – realizados no SUS, passando de 2.130 abortos realizados em 2007 para 3.053 realizados até novembro de 2008. Os motivos para esse aumento podem ser a melhor qualificação dos serviços e divulgação dos mesmos, bem como o aumento de sentenças favoráveis de má-formação do feto. Contudo, lembrou Dulce Xavier, de Católicas pelo Direito de Decidir, que ainda é necessário ampliar a rede de serviços de abortamento legal, uma vez que os estados do Amapá, Mato Grosso do Sul, Piauí, Roraima e Tocantins não contam, ainda, com esse serviço (Folha de São Paulo. 23/01/2009).

A mesma reportagem também informa que diminuiu no SUS o número de curetagens pós-aborto. Em 2007 foram realizadas 214,3 mil e até novembro de 2008 foram 190 mil curetagens realizadas no SUS (Folha de São Paulo. 23/01/2009). Alguns motivos podem ser pensados para esse resultado, como o aumento do êxito do programa de planejamento familiar e uma maior consciência sobre a vida sexual, bem como o recurso à medicação para abortamento que não gere complicações – conforme especulado por Adesse e Monteiro (2007) – e que, portanto, não redunde em internações nos serviços de saúde.

Sobre os resultados aqui apresentados acerca da magnitude do aborto no Brasil, cabe mais uma vez registrar que são produtos de estimativas, uma vez que não existem dados oficiais sobre isso. No caso dos dados sobre atendimentos nos serviços de saúde, estes se referem somente ao serviço público, ou seja, às unidades do Sistema Único de Saúde.

A partir desse panorama geral, definiremos alguns pontos – tal como fizemos na análise da política de saúde durante o mesmo período – que se destacaram na atual década no debate público sobre o aborto. Provavelmente, retomaremos questões a que já nos referimos.

O *primeiro* aspecto que consideramos relevante destacar foi o processo de votação na Câmara dos Deputados sobre os projetos de lei de descriminalização do aborto. Em abril de 2007, a pedido de vários deputados, autores de projetos de aumento da criminalização ou de descriminalização do aborto, o projeto de lei 1.135/91 foi desarquivado, uma vez que todos os projetos referentes ao tema estavam anexados a este. O relator na Comissão de Seguridade Social e Justiça foi o seu presidente, Jorge Tadeu Mudalen (DEM/SP), que propôs o desmembramento dos processos entre os que eram favoráveis à criminalização e os contrários. Assim, os projetos 1.135/91 e 176/95 foram anexados. Segundo Nogueira e Baptista:

“A estratégia de divisão dos projetos em grupos possibilitou uma diferenciação entre os projetos, o que, em teoria,

facilitaria a tramitação dos projetos. Contudo, é uma estratégia que, tendo em vista a composição da Comissão, tende a favorecer os projetos contrários à descriminalização do aborto, fortalecendo os projetos que revogam alguns direitos já garantidos, como o projeto que cria o Estatuto do Nascituro. Este Estatuto classifica o aborto, em qualquer situação, como crime hediondo” (Nogueira e Baptista. 2007: 67).

Sob o argumento da importância de se debater o assunto o relator criou um *chat* de debate e programou quatro audiências públicas, com estudiosos e lideranças de ambos os lados no que tange à opinião sobre a descriminalização do aborto. A última audiência não aconteceu, pois aproveitando a informação de que a proposta de descriminalização não foi aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, o relator Mudalem apresentou seu parecer contrário à descriminalização, o que já era esperado, devido a sua postura durante as audiências e a sua militância religiosa evangélica. (Nogueira e Baptista, 2007).

Do relatório apresentado por Mudalen, concluído com o parecer acima citado, o relator destaca: a pouca confiabilidade dos dados referentes ao aborto como um problema de saúde pública; a mulher não é autônoma em relação ao seu corpo; existem outros meios de redução da pobreza; cabe às instâncias políticas proteger todo e qualquer tipo de vida. Sem nenhuma preocupação de legislar em um país legalmente laico, o deputado/relator conclui com uma citação da bíblia: “Antes que eu te formasse no ventre materno, eu te conheci, e, antes que saíesses da madre, te consagrei, e te constituí profeta às nações” (Apud: Nogueira e Baptista. 2007: 70).

Após apresentação da posição do relator, a proposta foi à votação, ganhando por maioria absoluta a posição emitida por Mudalen. O ambiente foi de tensão entre parlamentares do partido do governo, o PT, uma vez que Luiz Bassuma (BA) teria dito que só estava ali por que sua mãe não tinha abortado e que há os que defendem a morte, e ele, a vida. Cida Diogo (PT/RJ) teria reagido chamando-o de mentiroso e José Genoíno (PT/SP) solicitado que ele respeitasse os seus colegas de partido (Folha de São Paulo. 08/05/2008).

Depois da votação na Comissão de Seguridade Social e Família os projetos de lei 1.135/91 e 176/95 seguiram para a Comissão de Constituição e Justiça. Em 09 de julho de 2008 foram à votação, após um debate em torno de três horas de duração. O relator, Eduardo Cunha (PMDB-RJ), emitiu parecer contrário aos citados projetos de lei. Dos 61 deputados componentes da comissão, apenas 40 estavam presentes, mas não houve registro das presenças. Apenas quatro deputados integrantes da Comissão votaram favoráveis aos projetos de lei: Regis de Oliveira (PSC-SP), José Eduardo Cardozo (PT-SP), Eduardo

Valverde (PT-RO) e José Genoíno (PT-SP), este autor de um dos projetos de lei votados (Folha de São Paulo. 10/07/2008). Segundo observação da jornalista Johana Nublat:

“O debate foi encerrado sob protesto de 14 mulheres favoráveis aos projetos, que amarraram lenços roxos na boca. A maior parte das pessoas presentes, no entanto, era contrária às proposições. Havia quem rezasse o terço e distribuisse revistas católicas” (Folha de São Paulo. 10/07/2008).

Os projetos de lei 1.135/91 e 176/95 ainda poderão voltar à Câmara para votação, mas deverá ser desarquivado por 1/10 de seus integrantes, o que totaliza a necessidade de adesão de 52 deputados. No entanto, como analisa o ministro da saúde, José Temporão, a possibilidade de o Brasil descriminalizar o aborto em curto prazo de tempo é mínima, em virtude da rejeição dos citados projetos de lei na Comissão de Constituição e Justiça (O Globo. 07/11/2008).

O debate na Câmara dos Deputados para a votação dos projetos de lei expressou a polarização, mais uma vez, das duas correntes que vêm tratando do assunto, tanto a que defende a legalização do aborto como a que pretende manter, ou ampliar, a sua criminalização. Mostrou, também, que os deputados defensores da criminalização não admitem a possibilidade de legislar sob um Estado laico. Na temática do aborto também se expressa a apropriação do Estado para interesses particulares, uma vez que a maioria dos deputados seguem a lógica de que “a lei que ajudo a construir ou o parecer que emito são pautados nos meus valores religiosos”. O desrespeito não é só com a laicidade – que a Constituição Federal de 1988 consagra –, mas com o outro, que pode ser de outra religião ou de nenhuma.

Na análise que fazem Nogueira e Baptista (2007) sobre a votação na Comissão de Seguridade Social e Família, as autoras destacam que os defensores da descriminalização centraram seus argumentos no aborto como um problema de saúde pública. Contudo, esse argumento foi sistematicamente desmerecido pelos opositores das propostas, com permanente questionamento sobre a confiabilidade dos dados. A mulher, como sujeito, não foi debatida na Comissão. Essa análise nos fez remeter a Peniche (2007): quando analisou o debate no parlamento português, em 1998, identificou, também, a ausência da mulher como sujeito de direitos nos discursos dos congressistas. Talvez essas situações nos demonstrem que a questão do aborto não será resolvida no Brasil se vista apenas, como um problema, real, de saúde pública. Mas também pela discussão sobre ser homem, ser mulher e sobre o exercício da sexualidade.

Um *segundo* aspecto para o qual queremos chamar atenção refere-se à reação da Igreja Católica. Já afirmamos que historicamente a hierarquia da Igreja vem julgando negativamente o aborto e que no Brasil, desde meados da década de 1990, a Igreja se uniu a outras religiões e segmentos da sociedade civil para aumentar o seu poder de pressão na defesa da criminalização do aborto. Contudo, na década de 2000 a Igreja assume uma postura explicitamente agressiva no que tange ao assunto. Isto está vinculado a uma conjuntura de maior conservadorização na Igreja desde o papado de João Paulo II e que se acirrou com a nomeação de Ratzinger, o Papa Bento XVI, em 2005.

Em 2007, poucos meses após a descriminalização do aborto em Portugal, o Papa Bento XVI veio ao Brasil e no caminho da sua viagem, antes mesmo de aportar em nosso país, criticou os países que vinham descriminalizando o aborto e afirmou que isso era caso de excomunhão de dirigentes e parlamentares. Essa reação, ao nosso ver, se deu tanto pelo que ocorreu em Portugal, país que além de reconhecidamente católico possui com o Brasil algumas identidades, uma vez que foi o seu colonizador, mas também pelo fato de que o Ministro da Saúde, José Temporão, falou em público que entendia o aborto como um problema de saúde pública e por isso defendia a sua legalização. Conforme tratado na introdução dessa tese esse assunto não foi abordado na visita do Papa ao Brasil, mas a tensão ficou no ar. Não por acaso em 2008 a CNBB, para sua campanha anual da fraternidade, definiu o tema “Escolhe pois, a vida”.

A campanha da CNBB não foi somente contra o aborto, mas também contrária às pesquisas com células-tronco, à eutanásia etc. No Rio de Janeiro foram confeccionados pela Igreja 600 bonecos em resina e 04 vídeos distribuídos para as 264 paróquias da cidade. Segundo a jornalista Malu Toledo (Folha de São Paulo. 11/03/2008):

“Em paróquias do Rio, como a Nossa Senhora da Paz, zona sul, uma almofada com a escultura de um feto é levada até o altar nas missas dominicais e é mostrada entre os freqüentadores. Na Igreja Santa Margarida, na Lagoa, o ‘feto’ está dentro de um vidro com gel, como se estivesse na placenta, exposto no altar.”

Além dos bonecos, os vídeos, com forte apelo emocional, como na cena de um abortamento, foram veiculados pela Igreja aos seus fiéis, o que gerou em alguns casos sofrimento no público, em geral, composto por jovens. Essa estratégia foi entendida pelos militantes em defesa do aborto como uma agressão e também como uma farsa, uma vez que, segundo Ivone Gebara (2008), os bonecos eram confeccionados em tamanho desproporcional. Aliás, a própria Gebara afirmou que a Igreja teria que pedir desculpas por

mais um erro histórico, nesse caso um ato de terrorismo religioso, iguais a outros erros que essa instituição já cometeu e que depois teve que pedir desculpas.

A organização Católicas pelo Direito de Decidir – formada com o objetivo de discutir normas da hierarquia da Igreja, mas que não do conjunto dos seus fiéis – ao questionar a campanha da CNBB, e especialmente sua concepção sobre a “vida”, emitiu um conjunto de indagações que, dirigidas à hierarquia da Igreja, podem também ajudar na reflexão sobre o conceito de vida que porventura outros sujeitos, individuais ou coletivos, possam ter:

“- Pode-se afirmar a defesa da vida e ignorar milhões de pessoas que morrem, no mundo todo, vítimas de doenças evitáveis, como a aids? Seguir condenando o uso de preservativos que salvariam tantas vidas, numa brutal indiferença a tamanha dor?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e condenar as pessoas a sofrerem indefinidamente num leito de morte, condenando o acesso livre e consentido a uma morte digna, pelo recurso à eutanásia?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e condenar as pesquisas com células-tronco embrionárias, que podem trazer alento e perspectiva de vida digna para milhares de pessoas com deficiências?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e dizer que se condena o racismo quando se impede a manifestação ritual que incorpora elementos religiosos indígenas e afro-latinos nas expressões litúrgicas católicas?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e condenar a intolerância que mata, quando se afirma a superioridade cristã em relação às outras crenças?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e eliminar a beleza da diversidade humana, com atitudes e discursos intolerantes em relação a expressões livres da sexualidade humana, condenando o relacionamento amoroso entre pessoas do mesmo sexo?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e fazer valer mais as normas eclesiais do que o amor, impedindo a reconstrução da vida em um segundo matrimônio?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e denunciar as desigualdades, quando a mesma Igreja mantém uma situação de violência em relação às mulheres, submetendo-as a normas decididas por outros, impedindo-as de realizarem sua vocação sacerdotal, relegando-as a uma situação de inferioridade em relação aos homens da hierarquia católica?

- Pode-se afirmar a defesa da vida, quando se tenta impedir a implementação de políticas públicas de saúde - como é o caso do planejamento familiar e da distribuição criteriosa da

contracepção de emergência - que visam prevenir situações que podem colocar em risco a vida das pessoas?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e desrespeitar o princípio fundamental à realização de uma vida digna e feliz, que é o direito de decisão autônoma sobre o próprio corpo? Condenar as mulheres a levar adiante uma gravidez resultante de estupro, a não interromper uma gravidez que coloca a vida delas em risco, ou cujo feto não terá nenhuma condição de sobreviver?

- Pode-se afirmar a defesa da vida e cercear o livre exercício do pensamento, impedindo a expressão da diversidade existente no interior da Igreja?" (Católicas pelo direito de Decidir, 2008).

Aliás, a hierarquia da Igreja Católica repete a desqualificação que vimos nos debates nas comissões na Câmara dos Deputados, uma vez que além de polarizar os defensores do aborto como os "da morte", também desqualifica o significado de um aborto para aquelas que um dia o fizeram. Na "Folhinha Mariana", um calendário anual editado pela Igreja, no verso do dia 19 de outubro de 2008, sob a assinatura de "Seleção do Clube dos Amigos Altônia/PR" está escrito: "Fazer um aborto não é tão simples quanto arrancar um dente ou espremer uma espinha. Um aborto pode ter conseqüências muito sérias".

Recentemente, ao analisar os dados que apontam o aumento dos casos de aborto por motivos legalmente previstos, o padre Bento, da CNBB, comentou que isso se deve a uma cultura de morte, em que a vida é descartável (Folha de São Paulo. 23/01/2009). Por isso a resposta de Católicas pelo Direito de Decidir é muito válida.

O *terceiro* aspecto para o qual queremos chamar atenção sobre o debate do aborto na atual década refere-se à discussão acerca do aborto em casos de gestação com anencefalia⁵⁷. Essa questão já existe como debate desde a década anterior, pois devido à não descriminalização do aborto nesses casos, o poder judiciário vem, desde então, emitindo pareceres favoráveis⁵⁸. O primeiro alvará de que se tem notícia foi expedido em 1991 na cidade de Rio Verde de Mato Grosso, no Mato Grosso do Sul. Mas não há somente sentenças favoráveis às solicitações das mulheres. Há, também, registros de juízes que não concederam liminares permitindo o abortamento. Isso fez com que Diniz já

⁵⁷ Segundo Diniz (2003: 32): "A anencefalia corresponde à ausência dos hemisférios cerebrais, que foram substituídos por líquido. A anencefalia é vulgarmente conhecida por 'ausência de cérebro' e é uma limitação incompatível com a vida, provocando a morte do recém-nascido imediatamente após o nascimento. Há alguns poucos relatos médicos de bebês com anencefalia que sobreviveram alguns meses, mas são raros. A anencefalia provoca desfiguração parcial, pelo achatamento da parte frontal superior da cabeça, dada a ausência dos hemisférios e dos ossos do crânio".

⁵⁸ Estima-se que, até 2003, 2.000 pedidos judiciais foram solicitados para a realização de abortos (Diniz, 2003)

tenha perguntado: “Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil?”. Em artigo com título iniciado com essa questão, Diniz (2003) trata de um caso contrário, um exemplo daqueles em que mesmo comprovada a anencefalia o juiz não autorizou o aborto.

A primeira vez que o Superior Tribunal Federal, STF, discutiu a questão da gestação de fetos com anencefalia⁵⁹ foi em março de 2004, devido ao longo processo de luta de G.O.C., uma mulher residente em Petrópolis/RJ que recorreu à justiça solicitando o direito a interromper a gestação. Essa liminar foi questionada por um padre de Goiás. O processo caminhou até o STJ, que indeferiu o pedido da mulher gestante. Por isso o caso foi parar no STF. Em meio à votação do recurso o processo foi suspenso, uma vez que chegou ao plenário a informação de que G.O.C. já havia parido e que o feto logo havia falecido. Como atenta Diniz isso foi “(...) uma coincidência infeliz que não apenas demonstrou a gravidade do quadro como confirmou que o diagnóstico da inviabilidade fetal é implacável” (Diniz. 2006: 136).

Em junho de 2004 a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) apresentou ao STF uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), que recebeu o número 54. Em 01º de julho de 2004 o relator da ADPF 54, o ministro Marco Aurélio, concedeu liminar à CNTS reconhecendo o direito da gestante em antecipar o parto em caso de feto com anencefalia⁶⁰. Tal decisão suspendeu qualquer discussão que poderia haver em curso na Justiça sobre o tema e que deveria ser alvo de aprovação, ou não, pelo plenário do STF. Logo após, a CNBB e depois a Católicas pelo Direito de Decidir – essa última, provavelmente, por uma contra-reação à primeira –, seguidas por outras entidades, solicitaram para serem admitidas no processo como interessadas, ou em termos jurídicos derivados do latim: “*amici curiae*”. Essas proposições foram indeferidas pelo relator. Em virtude da polêmica o relator previu a realização de audiências públicas no STF, antes da votação da ADPF 54. Contudo, como houve uma solicitação de “questão de ordem” emitida pela Procuradoria da República, essa teria que ser votada antes de qualquer decisão.

Assim, em 20 de outubro de 2004 o plenário do STF se reuniu para discutir a “questão de ordem” que questionava a adequação da ADPF. O ministro Carlos Ayres pediu vista dos autos, ficando a decisão adiada. Nessa mesma reunião o plenário do STF

⁵⁹O histórico que aqui desenvolvemos sobre a discussão no STF da interrupção da gestação em caso de fetos com anencefalia foi baseado nas informações disponíveis na internet no sítio do próprio STF: www.stf.jus.br/portal/cms/listarNoticiasSTF.asp. (Acesso em 19/01/2009).

⁶⁰ Durante todo esse processo as entidades envolvidas, especialmente a CNTS, não trabalharam com o termo “aborto” e sim “antecipação do parto”.

suspendeu a liminar favorável que outrora o ministro Marco Aurélio havia concedido sobre o aborto em caso de anencefalia.

Em 27 de abril de 2005 o assunto voltou ao plenário do STF, com o voto-vista favorável do ministro Carlos Ayres de que a ADPF poderia ser usada no caso em discussão.

Entre agosto e setembro de 2008 aconteceram as audiências públicas sobre a interrupção da gestação no caso de fetos com anencefalia. Essa foi, em toda a história do STF, a terceira vez que se usou o recurso de audiências públicas. As duas vezes anteriores foram sobre a pesquisa com células-tronco embrionárias e acerca da importação de pneus usados. Após as audiências sobre a questão da gravidez de anencéfalos não houve, até o momento, a votação sobre o tema. Esse é um dos temas polêmicos sobre os quais o STF provavelmente deliberará em 2009.

Uma decisão favorável do STF no assunto que tratamos neste item será um grande avanço. Primeiro, porque a lei atual no Brasil é muito antiquada, é mais retrógrada que a lei portuguesa, por exemplo, que o referendo de fevereiro de 2007 alterou. Afinal, na antiga normatização lusitana estava previsto o aborto quando da má-formação fetal. Segundo, será um avanço, mesmo que a proposta seja extremamente restritiva, já que se centra apenas em casos de fetos com anencefalia, sendo que existem outros casos de má-formação que também comprometem a vida do feto após o parto e, especialmente, por que o ideal seria que houvesse maturidade no país para discutir o aborto como livre escolha da mulher, o que tendemos a acreditar que seja hoje inviável nos marcos das instituições brasileiras, a julgar pelo debate na Câmara dos Deputados.

No entanto, seguramente, o avanço maior será na qualidade de vida de muitas mulheres. Afinal, a anencefalia é diagnosticada no processo de pré-natal da gestante por meio de exames. Ou seja, mesmo que tenha sido uma gravidez inesperada ou inicialmente indesejada, é no cuidado de ser mãe, e no processo de gestação, que a mulher descobre que está gerando um feto que não sobreviverá. Quando o descobre, a mulher pode ter tanto a reação de querer seguir com a gestação como de interrompê-la. Nada pressiona a mulher à interrupção: ela pode continuar a gestação mesmo sabendo que não terá o filho que anteriormente imaginava que teria. Contudo, para aquelas que vivem tal quadro como um sofrimento a resolução do STF, se favorável, poderá contribuir para a melhoria das condições de vida.

O *quarto* aspecto que consideramos relevante destacar na conjuntura da atual década no que tange ao aborto é o processo crescente de perseguição aos defensores da

descriminalização do aborto, bem como às mulheres que se submeteram ao abortamento, com recurso ao poder de proibição e de polícia. Entendemos que esses casos expressam uma faceta da intolerância religiosa presente no plano mundial. Os últimos conflitos mundiais que existiram e que existem – do qual maior expressão é a guerra da Faixa de Gaza, entre Israel e Palestina – são de cunho político, mas também pautados pela divergência religiosa. No Brasil acontecem exemplos de brigas entre religiosos, bem como de agressões a templos e objetos religiosos. Vive-se, infelizmente, um período de intolerância religiosa.

Essa característica mais geral, tratada acima de modo muito impressionista, repercute no debate do aborto, uma vez que esse é polarizado, também, mas não apenas, por argumentos religiosos ou não sobre o tema. Parece que tem cada vez mais diminuído, em alguns espaços, o debate sobre os pontos divergentes. E que tem aumentado uma postura de negar o diálogo sobre o tema e de, aproveitando que o aborto no Brasil é crime, buscar a penalização daqueles que, de forma organizada ou por motivos estritamente pessoais, defendem ou recorrem ao aborto.

De tempos em tempos costuma ser noticiado o fechamento em alguma cidade brasileira de clínica que supostamente realiza abortos. Esses casos, mesmo que poucos, são corriqueiros no Brasil. Contudo, recentemente esse tipo de ação tem sido avolumado. Segundo o IPAS (2008), somente em 2008 foram vítimas desse tipo de ação clínicas nos seguintes estados: Maranhão, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Bahia, Pernambuco, Paraná, Ceará e Sergipe.

Em que pese que historicamente no Brasil as penalizações de mulheres que tenham praticado aborto sejam mínimas – conforme vimos no início desse capítulo - e que dados de Ardailon (apud Campos, 2007) referentes ao período de 1970 e 1989 apontem apenas que 13% dos processos de aborto foram a julgamento, isso não significa a ausência de indiciamento de mulheres por crime de aborto. Mais do que isso: é possível identificar um aumento dessas situações. Segundo o IPAS (2008), entre 1998 e 2004, no Estado do Rio de Janeiro, onze mulheres foram acusadas e processadas criminalmente, mas não foram consideradas culpadas. Temos a hipótese de que a mesma tendência de cerco a clínicas que supostamente fazem aborto tende também a aumentar a criminalização das mulheres. Os números, ainda baixos, são, ainda assim, expressivos em duas situações: quando deixamos de pensar em dados e vemos em cada número uma situação de agressão e humilhação; e quando pensamos que essa criminalização vem no mesmo contexto de perseguição a diversas instituições e sujeitos lutam para que esta prática deixe de ser um crime.

Exemplo paradigmático do que estamos tratando nesse ponto refere-se ao que aconteceu no Mato Grosso do Sul. Em 13 de abril de 2007, após denúncia de uma reportagem de tevê, em que jornalistas se passavam por pessoas interessadas em um abortamento, uma clínica no Mato Grosso do Sul foi fechada, sua diretora – uma médica – indiciada e, de forma nunca ocorrida nesse país, um número alto de mulheres também foi indiciada, após apreensão ilegal de cerca de 9.896 prontuários médicos, pela polícia.

Em janeiro de 2008 a polícia intimou para interrogatório 48 mulheres, que não foram informadas sobre os seus direitos de serem representadas por advogado ou permanecerem em silêncio e prestaram declarações sem assistência legal. O resultado dessa primeira fase demonstrou, mais uma vez, como a penalização acompanha a desigualdade de classe, segundo documento do IPAS (2008: 08):

“As vinte e cinco mulheres acusadas na primeira fase da ação penal aceitaram a suspensão do processo ao invés de serem processadas e julgadas perante o Tribunal do Júri. Se cumpridas as condições, o processo é extinto. Quando da prolação da sentença, cinco das acusadas foram representadas pelo defensor público e as demais foram representadas por advogados particulares. As mulheres representadas pelo defensor público foram condenadas a realizar serviços comunitários em creche. Uma mulher declarou que lhe foi solicitado que ela trabalhasse em uma creche situada perto de sua residência, de 06h30min a 07h30min da manhã, antes de começar seu trabalho normal às 08h30min. Estas mulheres também precisam se apresentar perante o tribunal todos os meses, durante um período de dois anos, para confirmar seu trabalho e o endereço de sua residência, e não podem deixar a cidade por mais de quinze dias sem autorização judicial prévia. As mulheres que tiveram possibilidade de pagar a assistência de um advogado particular, por sua vez, conseguiram converter a pena de prestação de serviços comunitários em multa.”

Encerrada essa primeira fase, iniciaram-se novos interrogatórios, referentes a mulheres que foram atendidas na clínica antes do ano de 2007 e que, pelo prazo decorrido, o crime supostamente cometido ainda não havia sido prescrito. De acordo com uma delegada entrevistada, esse universo era em torno de 1.800 a 2.000 mulheres (IPAS. 2008). Finalmente em novembro de 2008 a justiça decidiu suspender os quarenta processos contra as mulheres (Folha de São Paulo. 19/11/2008).

O caso do Mato Grosso do Sul revelou um conjunto de improbidades éticas: fichas de prontuários médicos foram retiradas sem autorização e manuseadas por várias pessoas; o Tribunal expôs na *website* o nome e outros dados das primeiras mulheres inquiridas;

estas não foram informadas, de início, sobre os seus direitos; dentre outras. As ações de julgamento foram de conteúdos altamente morais. Afinal, como disse o juiz Aloízio Pereira dos Santos, autor das sentenças: “Se elas forem trabalhar em creches e escolas vão ver que muitas mulheres podem criar um filho com um pouco de esforço” (Revista *Época*, 12 de maio de 2008, apud: IPAS, 2008). Isso sem contar que o Estado de Mato Grosso do Sul está inscrito entre aqueles que não cumprem a lei, uma vez que inexistem serviços de abortamento legal no Estado⁶¹.

Um outro dado referente ao que aqui estamos tratando é a proposta do Deputado Luiz Bassuma (PT-BA) de abertura de uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) para investigar a venda ilegal de remédios abortivos. Em dezembro de 2008, o presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia (PT-SP), endossou essa proposição. A proposta de um CPI do Aborto, como ficou conhecida, tem gerado indignação e algumas mobilizações. Na Conferência Nacional de Direitos Humanos, realizada no final de 2008, foi realizado um ato público contra a CPI e aos processos de Mato Grosso do Sul (Brasil de Fato. 16/12/2008).

Finalmente, mais um dado exemplifica a intolerância que aqui tratamos, e também bem recente. Referimo-nos ao acolhimento de uma denúncia anônima, por parte da Justiça, contra uma pesquisadora e militante da causa da descriminalização do aborto, Rosangela Talib, inclusive co-autora de livro utilizado nessa tese (Talib e Citeli, 2005), em palestra na Universidade Federal do Paraná, UFPR, que teria dito que a organização a que pertence incentiva mulheres a abortarem, indicando local e profissionais. Na realidade, a pesquisadora investiga a questão do abortamento legal e defende esse direito. É triste que a universidade – *locus* por natureza do debate, do inquirir permanente e do respeito à diferença – esteja sendo um espaço de controle ideológico. Na universidade o que se deve debater são as idéias, formar cidadãos e se produzir conhecimento, e não gerar “olheiros” que controlem o que é dito e, quando discordem, busquem penalizar o autor da fala que lhes soa dissonante. Triste também é a justiça que acolhe a denúncia anônima. E persegue.

Os três exemplos aqui trazidos, dentre os vários existentes na atualidade, têm na intolerância religiosa, que se origina pelo fundamentalismo – que por acreditar ser o seu credo o correto, propõe não só a normalização das ações dos cidadãos, mas também do Estado, sendo, por isso, antidemocrático –, o alicerce para recuperar o medo medieval, que

⁶¹ Para uma detalhada análise crítica desse processo, na perspectiva de garantia dos direitos das mulheres, ver IPAS (2008).

é irracional, por que das trevas, com verniz pós-moderno advindo do culto da violência como resposta ao medo.

Conforme aponta Freitas (2005) a discussão sobre a descriminalização do aborto vem num cenário onde a sociedade brasileira, amedrontada, quer combater a violência com a multiplicação de leis, como forma de responder ao aumento da criminalização. Nesse contexto, o discurso fundamentalista – que equipara o aborto a assassinato – ganha ênfase, numa sociedade amedrontada. Temos aí um campo fértil para o fundamentalismo. Afinal, como afirma Kissling: “O medo é a base do fundamentalismo e é também a emoção com que os fundamentalistas contam para mobilizar os pobres e impotentes e para silenciar aquelas que buscam a justiça” (2004: 26)

Por fim o *quinto* aspecto que aqui destacamos, no que tange à discussão do aborto na década atual, refere-se às contradições dentro do governo no trato sobre o tema.

Oliveira (2004) e Rocha (2006) avaliam que desde a gestão de José Serra no Ministério da Saúde do segundo mandato de FHC até o governo Lula, na gestão de Humberto Costa (os textos foram publicados na gestão de Costa no Ministério), como também na Secretaria Especial de Mulheres, tem havido um maior envolvimento dos governos com a problemática do aborto. Contudo, mesmo que seja verdade, isso merece uma reflexão e a faremos tomando como referência os dois governos de Lula, iniciados em 2003 e 2007, bem como a discussão no Partido dos Trabalhadores, o PT.

Primeiramente devemos atentar que a descriminalização do aborto não é ponto pacífico no PT. Segundo a Folha de São Paulo, de 03 de setembro de 2007, o ponto mais polêmico no III Congresso do PT foi a proposta de descriminalização do aborto. Mesmo que a proposta tenha sido aprovada por 70% dos congressistas, não deixa de ser significativo que esse tenha sido um ponto animosamente discutido, quando em 2005 uma secretaria de governo já tinha enviado ao legislativo uma proposta de lei propondo a descriminalização. Enfim, o PT não tem uma proposta clara sobre o aborto. A sua descriminalização é proposta de grupos, como o aumento da sua criminalização também, vide as posturas do deputado petista Luiz Bassuma, da Bahia.

A fala do Presidente Lula sobre o assunto é contraditória. Afirma ser contra o aborto, mas como chefe de Estado entende que isso deve ser entendido como um problema de saúde pública. Claro que esse posicionamento do presidente da república é um avanço, uma vez que inédito no país, mas não dá segurança de que entende a descriminalização como algo prioritário (Folha *on line*. 15 de maio de 2007). Ao mesmo tempo em que faz uma bela análise de como a proibição do aborto criminaliza as mulheres pobres, também se

submete a um acordo com o Vaticano. Esse acordo parte da Igreja, se aproveitando do fato de o Vaticano ser um Estado independente.

No capítulo sobre a política de saúde afirmamos que no governo Lula existem iniciativas importantes no campo da seguridade social e que há, nos ministérios que cuidam de suas políticas, profissionais comprometidos com sua construção conforme delineado na Constituição Federal de 1988. Contudo, em virtude do governo Lula não ter reorientado a política macroeconômica, poucos recursos existem de fato. No que tange à questão do aborto podemos fazer uma análise parecida, uma vez que há envolvimento de profissionais e militantes feministas, o que gerou a elaboração de documentos e propostas muito importantes. Mas essa área também carece de maior investimento do governo como uma ação, de fato, relevante. Estudos mostram, como o de Talib e Citeli (2005), que vários estados da federação ainda não disponibilizam serviços de abortamento legal. Pressionar para que essa rede cresça é papel do governo federal e poderia ser uma prioridade não apenas da Área Técnica de Saúde da Mulher, mas do conjunto do governo. Parece-nos que a análise de Oliveira, em 2004, mesmo que com o avanço do pronunciamento do presidente da república, ainda seja pertinente:

“Ao mesmo tempo em que o governo responde às pressões do movimento feminista, ainda que tímida e lentamente, no tópico aborto (prevenção e atenção ao abortamento inseguro das ‘Recomendações do Cairo’) o núcleo duro silencia, e parece sucumbir diante das pressões do Vaticano sob o governo Lula (...). Em contraposição, e rompendo a ordem do governo de silenciar sobre aborto, e entendendo que fazem parte de um ‘governo de coalizão nacional’, setores, notadamente Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, fazem a disputa ideológica no interior do governo” (Oliveira. 2004: 24-25).

De 2004 até hoje entendemos que a disputa ideológica avançou e a fala do presidente da república expressa isso. De presidente que não se referenciava ao assunto, mas que em 2007 teve que orientar o ministro da saúde, José Temporão, a não tocar no tema (devido à visita do Papa), ao mesmo tempo em que reconheceu ser o aborto um problema de saúde pública, caminhou para um presidente que, na abertura da Conferência de Direitos Humanos, em dezembro de 2008, criticou aqueles que não querem discutir o aborto, enquanto muitas mulheres pobres morrem em virtude da realização de abortamentos em péssimas condições. É, sim, necessário que o governo aprofunde os discursos sobre os riscos da criminalização do aborto. Mas que também municie-se com mais ações.

Após o percurso histórico que realizamos até aqui, com vistas a ter uma compreensão da polêmica sobre o tema e o impacto que a criminalização do aborto tem sobre a vida de muitas mulheres, buscaremos refletir, nessa parte, sobre o ato do aborto em si. Em outros termos, tentaremos tratar, aqui, dos principais pontos que polarizam os debates pró e contra o aborto. Para tanto tomaremos como referência a figura abaixo, que é a reprodução de um panfleto. Antes de avançarmos na análise convidamos o leitor para que se detenham na leitura, da figura 1:

liberdade de escolha!

CLUBAME-BH
Trabalhando com Livros,
divulgando uma idéia

RESPEITEMOS A VIDA
ABORTO, NÃO!
"Qual o problema de todos os direitos naturais do homem?"
"O de ser vivo!"

Pela liberdade de decidir!!!

Parceiro,
o CLUBAME conta com você.

Venha participar conosco do Movimento Nacional
Em Defesa da Vida.

À LEGALIZAÇÃO DO ABORTO

em decorrência
Seja um Divulgador da Campanha: **"BRASIL SEM ABORTO"**. *cia do aborto ser proibido???*

o estado não pode decidir pelo meu corpo.

"A liberdade não é somente um direito que se reclama para si próprio: ela é também um dever que se assume em relação aos outros."

MULHERES POSSUEM O DIREITO DE DECIDIR SOBRE SEUS CORPOS!

FEB **Aliança Espírita**

não há concessão de quando se inicia a vida.

Rua dos Aeroviários, nº 281 - Bairro Liberdade (Pampulha) - Belo Horizonte (MG)
Tel.: (31) 3427-4265 • Site: www.clubame.com.br

O panfleto, que mede 15x20 cm, foi por nós encontrado no painel de informações de um ônibus urbano na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, em 2008. É um panfleto contrário ao aborto, em que alguém, que não sabemos quem, provavelmente durante uma

viagem de ônibus, rebateu por escrito as afirmações do panfleto e transformou a frase “diga não à legalização do aborto” em “à legalização do aborto”.

O panfleto, ao contrário do que se pode imaginar imediatamente, não foi produzido pela Igreja Católica e sim por uma instituição espírita, o Clube do Livro Espírita Batuíra. Isso comprova o que vimos tratando no capítulo: que as religiões, na sua maioria, são contra o aborto e que tem havido um acirramento da campanha anti-aborto, realizada não só pela Igreja Católica.

O panfleto é rico por que nele estão três questões que dominam o debate sobre o aborto – pela ação da letra impressa e pela reação da letra escrita – na atualidade: quando se inicia a vida humana? Cabe ao Estado definir sobre o aborto? A mulher é livre para realizar um aborto?

O panfleto inicia com uma conclamação: “Parceiro, o CLUBAME conta com você. Venha participar conosco do Movimento Nacional Em Defesa da Vida”. A pessoa que escreveu no panfleto, afirmou: “E as 50 mil mulheres que morrem anualmente em decorrência do aborto proibido???” e “Não há consenso (SIC) científico quando se inicia a vida”.

Nessas frases está posto o debate sobre quando começa a vida humana. De fato, a ciência, até hoje, não chegou a uma confirmação sobre isso e talvez nem seja seu papel defini-lo. Contudo, essa mesma ciência nos aponta algumas informações na atualidade que podem ajudar nessa reflexão. Cientistas afirmam que não se pode confundir zigoto com embrião, nem esse com feto. Sobre esse processo é importante considerar dois aspectos: quando começa a gravidez e quando um novo indivíduo começa a existir no bojo do processo reprodutivo. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e para a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a gravidez começa quando do início da implantação e, em média, no 14º dia começa a se formar o embrião.

A gestação é um processo. Contudo, pode-se afirmar que é em torno da décima semana (Silva, 2005) ou décima segunda semana⁶² (Faúndes e Barzelatto, 2004; Campos, 2007) que se forma o Sistema Nervoso Central, que determina a possibilidade de dor.

Um outro argumento é sobre a viabilidade do feto fora do corpo da mulher. Atualmente, isso só tem ocorrido em partos com gestação além da vigésima terceira

⁶² A diferença entre o tempo defendido pelo primeiro autor para os outros talvez esteja no excesso de prudência do primeiro, conforme ele mesmo afirma: “Nestas circunstâncias de insuficiência e incerteza epistémica, manda a mais elementar prudência que se corra o risco de pecar por defeito e não por excesso, o mesmo é dizer que se escolha uma idade de gestação em que, sem qualquer margem de risco no actual estágio [estágio] dos conhecimentos, não haja um SNC minimamente funcionante – daí o limiar das 10 semanas” (Silva, 2005: 20).

semana (Faúndes e Barzelatto, 2004) ou vigésima quarta (Silva, 2005. Campos, 2007) e, ainda assim, na maioria dos casos em situação que necessita de cuidados intensivos – com a necessidade de tratamento em centro especializado e recursos humanos habilitados – e com risco de seqüelas irremediáveis.

“Este fato levou a Organização Mundial de Saúde a definir o período perinatal como aquele que começa às 22 semanas completas de gestação, quando o peso ao nascer corresponde a aproximadamente 500 gramas. Isto significa que a gravidez que acaba antes desse período pode claramente ser definida como aborto, enquanto a que termina da 23ª semana em diante pode ser considerada nascimento prematuro. Esta distinção foi endossada pelo Comitê de Aspectos Éticos em Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que acrescentou ainda que os estágios de desenvolvimento entre 22 e 28 semanas de gestação deveriam ser considerados como o ‘limiar da viabilidade’” (Faúndes e Barzelatto, 2004:49).

A partir do conhecimento científico hoje disponível é, portanto, possível iniciar um debate sobre o aborto que o diferencie de assassinato, como de forma incorreta alguns defensores contrários ao aborto ainda se referem. Os seres humanos são seres históricos, frutos do momento em que vivem⁶³. Vimos como na história o aborto e o infanticídio eram tratados como um *continuum*. Foi por meio dos conhecimentos que o homem adquiriu sobre o corpo feminino e pelo avanço da medicina que se foi tendo clareza sobre o processo de gestação das mulheres. No momento que hoje vivemos a ciência vem apontando para a compreensão da gestação como um processo e apontando indícios de quando se dá a autonomia do feto em relação à gestante. Para tanto, deve se ter como premissa a diferença entre embrião e feto com a vida humana. Parece-nos que o argumento sobre a autonomia do feto em relação à gestante é fundamental. Para tanto, a sociedade, de forma madura – pautada nos conhecimentos concretos hoje existentes – tem um manancial de informações a seu dispor para refletir e tomar decisões sobre essa questão, desde que de forma racional.

Outro aspecto do panfleto em destaque está na relação entre o papel que o Estado deve ou não ter em relação ao aborto. No panfleto originariamente havia a frase “Diga não à legislação do aborto”, que foi adulterada com cobertura de tinta sobre as duas primeiras palavras. Abaixo a pessoa ainda escreveu: “O Estado não pode decidir pelo meu corpo” (grifo original).

⁶³ Mais à frente, em outro capítulo, refletiremos sobre o homem – esse ser especial, diferente dos outros animais – e sua relação com a natureza.

Nunca é demais refletir que religião e Estado, na perspectiva moderna, são espaços diferentes. Faz parte da modernidade lutar pela separação entre Estado e religião. No Brasil, em termo do ordenamento legal, o Estado é laico. E isso faz sentido, uma vez que nesta nação – e provavelmente em todas – moram e contribuem por meio de impostos pessoas com diferentes credos e, também, sem nenhum. Além disso, vivem aqui muitos que não acreditam em Deus, os ateus. Todas essas pessoas também fazem parte do país e ajudam a construí-lo. Não merecem ser discriminadas por isso. Ter uma religião é uma escolha e isso deve ser respeitado por a quem tem e por quem não a tem. O Estado é o espaço de muitos, por isso não pode ser guiado por valores que se originam da religião. O Estado deveria ser o espaço de representação e disputa dos diferentes interesses postos na sociedade, pautado na perspectiva da razão emancipatória.

Maguire (2006), professor de teologia, em conferência realizada para os parlamentares norte-americanos católicos destacou a diferença entre a moral do legislador e os interesses que a função desempenhada implica:

“As legisladoras e os legisladores não têm obrigação de elaborar políticas que reflitam suas próprias idéias acerca do que constitui o bem. O ideal do governo não é transformar os princípios morais em lei, e sim preservar uma sociedade na qual os desacordos legítimos possam ser expressos livremente num contexto de respeito mútuo. Nos debates dignos, o que deve reinar é a liberdade, não o autoritarismo” (Maguire. 2006: 17)⁶⁴.

Os argumentos contrários à descriminalização do aborto pautam-se em valores próprios vinculados a uma dada concepção espiritual, que naturalmente desborda numa dada concepção de mundo. Não são todos que assim vêem a questão. Contudo, um argumento mais forte que a questão da pluralidade religiosa existe sobre o aborto, que é o fato de que a sua descriminalização não obrigaria quem discorde a realizá-lo. Criar uma lei de descriminalização do aborto é apenas possibilitar a quem deseja o direito de fazer o aborto em condições dignas, tanto de saúde como de direitos legais. Quem não quiser continuará não tendo que fazer o aborto. Mas esse direito – fora da criminalidade, de acordo com a consciência de cada homem e mulher, e com base no que a ciência informa sobre o estágio da gravidez – deve ser garantido pelo Estado.

⁶⁴ Debate digno, para o autor, está vinculado ao valor positivo da questão moral a ser debatida. Algumas questões são por si tão imorais, como sacrificar um filho em ritual, que não cabem num debate digno. Para haver um debate digno é necessário que existam boas razões, o interesse de muitos e o envolvimento de pessoas e instituições respeitáveis no assunto debatido (Maguire, 2006).

O terceiro aspecto presente no folheto é referente à questão da liberdade. O panfleto diz: “A liberdade não é somente um direito que se reclama para si próprio: ela é também um dever que se assume em relação aos outros”. Sobre isso a pessoa escreveu: “Pela liberdade de decidir!!!” “Mulheres possuem o direito de decidir sobre seus corpos”.

A questão da liberdade será tratada mais à frente, uma vez que ela é fundamental para o agir ético. Podemos, contudo, adiantar que na concepção ética que abraçamos a liberdade é a possibilidade de escolha consciente. Assim, tendo possibilidade de escolha e consciência do que estamos fazendo naquele ato (que será sempre uma consciência relativa, uma vez que no mundo em que vivemos – pautado no modo de produção capitalista – estamos submetidos a fortíssimos processos de alienação), estamos exercendo a liberdade. A consciência, aqui, refere-se à compreensão de que ao fazer a escolha a pessoa é responsável pelos seus atos e deve responder ao que daí implicar.

Ainda cabe registrar que a liberdade não é como se trata no senso comum, como “o meu direito acaba quando o do outro começa”. Ao contrário, só se pode ser livre quando o outro também o é, uma vez que, na sua singularidade, o ser humano se identifica com o outro por que ambos pertencem ao mesmo gênero (Barroco, 2001). Daí derivam dois argumentos, que gostaríamos de abordar.

Na medida em que o feto depende da mulher até a 22ª semana, na medida em que não sobrevive fora do processo gestacional, esse não é um outro ser independente. Não há, até esse período, um outro ser, na sua totalidade acabado. Portanto, não existem dois interesses. Um (o feto) sem o outro (a gestante) não vive. Logo, a mulher que opta pelo aborto nesse caso não está sendo egoísta e nem está desrespeitando a liberdade do outro, uma vez que o outro não existe.

O segundo refere-se ao princípio da alteridade. O debate do aborto é muito polarizado por ser contra ou a favor à prática. Contudo, como escrevemos no início desse capítulo, quando as pessoas são inquiridas se as mulheres que praticaram aborto devem ser presas, em geral ficam em silêncio. É nesse silêncio que podemos tratar da questão, problematizando que mulheres que praticaram aborto o fizeram por muitos motivos, que se outros estivessem em seu lugar, talvez não as julgassem negativamente. Isso fez a líder da igreja ao relatar a situação de uma jovem que ela conhece e, portanto, sabe do contexto e m que tal prática se efetivou, conforme vimos na abertura desse capítulo.

* * *

A partir da análise que fizemos nessa parte de tese – sobre a política de saúde e a questão da criminalização do aborto no Brasil – teceremos na próxima parte, a Parte II, reflexões sobre o trabalho em saúde, para pensar qual é o tipo de inserção dos profissionais de Serviço Social, bem como os desafios éticos postos para esses profissionais no cotidiano de trabalho. Assim, estaremos em condições de interpretar como os assistentes sociais analisam e dão resposta, se as dão, para as problemáticas postas pela contra-reforma do Estado na saúde e pela criminalização do aborto no Brasil no âmbito de sua atuação profissional em uma unidade do Sistema Único de Saúde, tema a ser tratado na parte III da tese.

Parte II:
Serviço Social: trabalho coletivo na saúde, cotidiano e princípios éticos-políticos

Capítulo 1: Trabalho coletivo em saúde e a inserção dos profissionais de Serviço Social

Introdução:

_ No setor de emergência do hospital em que trabalhamos estão exigindo que fique um profissional de Serviço Social na triagem – junto com um profissional de medicina e um de enfermagem – para que, caso o usuário não seja absorvido pelo serviço de saúde, em virtude de não ser considerado um caso de emergência, a gente faça encaminhamento para outra unidade. Afirmamos que isso não é papel do Serviço Social, pois não temos como confirmar se o caso é de emergência ou não. Ademais defendemos, junto à direção, que seja feito minimamente um primeiro atendimento. Mas a equipe de Serviço Social não foi ouvida e ainda foi questionada: o que faz o Serviço Social, então? Por favor, precisamos que o CRESS nos ajude a elaborar um documento sobre as atribuições do Serviço Social na área da saúde.

_ Nós solicitamos ao CRESS que faça uma visita à unidade de saúde em que atuamos, pois estamos querendo uma orientação sobre o que fazer com material antigo de registro: podemos jogar fora os livros de anotações dos casos atendidos e de comunicação entre a equipe de Serviço Social?

_ Estou querendo voltar a estudar. O que precisa para ser assistente social? pergunta a faxineira, ao limpar a sala do Serviço Social, para a Assistente Social e as estagiárias de plantão em uma unidade de saúde.

_ Você tem que fazer uma faculdade de Serviço Social. responde a Assistente Social.

_ Nossa!! Não sabia que pra ser assistente social tem que ter faculdade!! Ao terminar a limpeza a faxineira sai da sala.

_ Nossa, você viu a cara dela, de surpresa de se ter que fazer uma faculdade?! diz uma estagiária.

_ E olha que ela sempre está aqui, limpando nossa sala e vendo o nosso trabalho. É um absurdo! diz a assistente social.

Os três exemplos acima citados, tais quais os dos capítulos anteriores, foram retirados da realidade por nós próprios vivenciada. As duas primeiras quando integrávamos a Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro (CRESS 7ª Região) e a terceira de uma observação, não proposital, originada em nosso próprio exercício profissional em uma unidade de saúde.

Os três exemplos são aqui trazidos por que apontam para a pertinência de uma discussão sobre o exercício profissional do assistente social na saúde, uma vez que – com forma e intensidade diferentes – trazem em si *uma indagação sobre o que faz o assistente social na área da saúde*. A busca para essa resposta, acreditamos, se dará a partir da

realidade, desvelada e criticada, de como se materializa o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde.

Conforme sinalizado na introdução, constitui um desafio a realização de estudos sobre o cotidiano profissional do assistente social nos serviços de saúde. Além de desafio, também uma necessidade, com vistas a buscar estratégias concretas de fortalecimento da efetividade da ação profissional com vistas à garantia de direitos por parte da população usuária.

A abordagem sobre o Serviço Social na área da saúde pode ser desenvolvida por diferentes caminhos. Um deles é a análise a partir do debate profissional sobre a saúde e, conseqüentemente, a contribuição da profissão para o adensamento das práticas em saúde. Esse caminho, também importante, tanto que o realizamos na nossa dissertação de mestrado, não parece ser o ideal para o que aqui pretendemos desvelar. Para a análise crítica do que faz o profissional do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde, parece-nos que é determinante uma análise sobre como ele se desenvolve. Sem dúvida, hoje, na atuação dos assistentes sociais, faz-se importante apreciar esse exercício circunstanciado na inter-relação com os outros profissionais e trabalhadores que também atuam na concretude dos serviços de saúde.

A afirmação acima desenvolvida nos faz caminhar para um estudo sobre como se dá a materialidade dos diferentes exercícios profissionais nos serviços de saúde para, assim, responder o que cabe, particularmente, ao Serviço Social nesses serviços. Necessário, também, fazer uma remissão à vida cotidiana e verificar como essa se estrutura, tema este que será abordado no próximo capítulo, em articulação com a reflexão que desenvolveremos sobre a ética.

Em traços gerais, podemos afirmar que há no campo da saúde pública dois caminhos teóricos para um estudo desse tipo. Um se origina no debate sobre a sociologia das profissões; outro parte da discussão do exercício dos profissionais de saúde, circunstanciado na perspectiva do trabalho coletivo.

Optamos pelo segundo, em detrimento do primeiro, porque consideramos que o caminho de análise, a partir da constituição de “uma sociologia das profissões”, é propício para a des-historização das ações dos sujeitos. Em busca de algo que unifique ou articule as profissões entre si corre-se o sério risco de se perder os fundamentos que constituem e desenvolvem cada profissão. Ademais, as análises sociológicas das profissões pouco se fundam na função social dessas profissões na sociedade capitalista, chão onde se dão as suas práticas. Contudo, ao escolhermos o caminho do “trabalho coletivo em saúde”

também nos defrontamos com uma preocupação, que se pauta em duas polarizações no debate da tradição marxista.

Como será desenvolvido mais à frente, foi Karl Marx quem pioneiramente nos trouxe a concepção de que o trabalho é que funda as condições de existência material e espiritual do homem. Na sua origem, ao transformar a natureza para resposta às suas necessidades, o homem também se transforma. Marx também reflete que esse processo criativo é subsumido no capitalismo, pois esse sistema limita esse processo criativo, uma vez que o trabalho não é mais desenvolvido pelo homem para responder às suas próprias necessidades e, sim, como venda da sua força de trabalho com vistas a garantir meios para a sua sobrevivência.

Marx, no percurso dos seus estudos sobre o capitalismo, observou que há também trabalho, alienado por certo, que não gera um novo produto, mas que se constitui em trabalho, uma vez que gera mais valia (que é o lucro gerado para o capitalista que tem sua origem na apropriação do valor gerado pela força de trabalho do trabalhador). Aqui se encontra um ponto de tensão, e de rico debate, na tradição marxista. Para alguns autores (cf. Lessa, 2007a e 2007b), trabalho é apenas a transformação da natureza pelo homem; portanto, o operário é um sujeito fundamental, pois é o que trabalha. Assim, não se deve confundir o sentido ontológico dado por Marx ao trabalho criador e nem se descolar do papel revolucionário, que só o operariado, em potencial, pode ter. Outros (cf. Antunes, 2000, 2003 e 2005) entendem que a categoria trabalho deve ser entendida de maneira ampliada, recorrendo a indícios escritos por Marx e publicados postumamente sob o título de “O Capital – Capítulo VI Inédito”.

Em ambos os debates – aqui trazidos a partir das reflexões de Lessa e Antunes – há dois pontos importantes. O primeiro refere-se à centralidade do trabalho que pela ação do homem transforma a natureza. Mesmo que para Antunes tenha que se reconhecer a existência de “outros trabalhos”, há claramente um discernimento para a centralidade daquele trabalho, inclusive nos dias atuais. O segundo ponto refere-se à explícita compreensão de que a categoria “trabalho”, cunhada por Marx, permanece válida e real para os dias de hoje. Assim, a partir da interlocução crítica entre os dois autores, mas não só entre eles, como se verá adiante, caminharemos solidamente para o reconhecimento do trabalho como central também nos dias atuais, ao contrário de teses que afirmaram, a partir do início dos anos noventa do século passado, o “fim do trabalho”.

Essa escolha, do reconhecimento da centralidade do trabalho, se pauta no plano teórico – do reconhecimento do trabalho, no seu sentido ontológico, como o fundante do

homem na sua socialização; bem como do trabalho alienado, como algo em que o capitalismo se sustenta nos seus diferentes estágios – como também na análise dos serviços de saúde (nosso objeto de estudos), donde percebemos a constituição de um trabalho coletivo sob a lógica do capitalismo, com envolvimento de diversos trabalhadores, qualificados com profissões ou não, onde se dá a atuação do assistente social. Assim, nesse capítulo, faremos uma reflexão sobre o trabalho em seu sentido tanto criador como alienado; depois, desenvolvermos uma breve remissão ao debate sobre o trabalho na atualidade. Também pretendemos desenvolver uma reflexão sobre o trabalho nos serviços de saúde, para posteriormente refletirmos sobre as particularidades do exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde.

1. Trabalho em Marx

Marx e Engels construíram uma teoria revolucionária e inédita. Foram herdeiros do seu tempo, viveram em pleno trânsito do capitalismo concorrencial para a era dos monopólios. Profundos estudiosos, agarraram como projeto de vida a necessidade de desvelamento do capitalismo, com vistas a superá-lo. Por isso não foram apenas intelectuais e homens do seu tempo, mas revolucionários. Aliaram uma prática de profundo estudo com militância política. Nada mais sintetizador dessa noção que a célebre frase dos nossos autores: “Os filósofos se limitaram a *interpretar* o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-la” (Marx e Engels. 1987: 14. Grifo original).

O ponto de partida do método marxiano de análise é o particular e não o geral. Em outros termos, é o mais simples que explica o mais complexo. Na “Introdução à Crítica da Economia Política” (Marx, 1996a: 45), Marx informa que em princípio pode se pensar que para estudar o capital é possível partir da evolução da propriedade fundiária (uma vez que a propriedade privada é o cerne do capitalismo). Contudo, informa o autor, de fato não se compreende a renda da terra sem o capital. Entretanto, pode-se compreender o capital sem a posse da renda da terra, devido à financeirização já prevista em Marx, mas ainda analisada apenas pelo impacto que o autor já observava do crescimento do comércio. Ou seja, para entender o capital, o ponto de partida era como este se expressava na atualidade da sua época. Através desse método particular, Marx e Engels estudaram a evolução do capital. Do início da manufatura da sua época chegaram à transição para o fim do feudalismo e para a ascensão e o domínio da classe burguesa.

Contudo, Marx e Engels, como humanistas que eram, identificam que a produção de riqueza que o capitalismo gera vem da força de trabalho vendida pelo trabalhador ao capitalista. Esse trabalho é alienado, uma vez que não se desenvolve para responder às necessidades de quem o empreende, o trabalhador. Há, sem dúvida, no capitalismo, a centralidade do trabalho para a produção da riqueza apropriada pelo capitalista. Como também identificam os autores, é o trabalho, na sua forma não alienada, a essência da constituição do homem. No prefácio de “Para a crítica da economia política”, originalmente publicado em 1859, Marx reflete a respeito:

“O resultado geral a que cheguei e que, uma vez obtido, serviu-me de fio condutor aos meus estudos, pode ser formulado em poucas palavras: na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. (...) O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência.” (Marx, 1996:52).

Conforme podemos entender da leitura acima é por meio do trabalho que o homem se desenvolve, estabelecendo relações que não necessariamente são frutos de sua vontade. É por meio do trabalho, alterando a natureza, que o homem também se transforma. É o concreto da sua existência que determina a sua consciência. Assim, a consciência do homem é determinada pela vida que este leva.

No processo de investigação de Marx e Engels, importante foi a interlocução com diferentes autores. A dialética de Hegel e a crítica que realizaram a este autor são consensualmente identificadas como fundantes para a constituição dos ideais marxistas. Mas também a crítica e diálogo com autores que deles discordavam. Tomamos por exemplo o debate que Marx travou com Proudhon em “A Miséria da Filosofia”. Aqui, contudo, queremos chamar atenção para a interligação que os autores, especialmente Engels, vão desenvolver com a teoria de Darwin para pensar o homem e sua relação com o trabalho.

Engels (2000), recorrendo à um crítico diálogo com Darwin, investiga como a evolução do macaco em homem foi determinada pelo trabalho. Uma raça específica de macaco, ao deixar de ser quadrúpede, deixa de andar com as duas patas dianteiras, que passam a fazer parte de órgãos que originaram as mãos. Com estas, passou a colher frutos e

a criar instrumentos que o ajudassem nesta ação. Isso gerou várias descobertas, que aliadas à percepção de que a atividade conjunta potencializaria o trabalho, fez surgir a linguagem. Assim, é o trabalho, e a linguagem que por meio dele surge, que faz estimular o cérebro e os sentidos. Esse processo, construído abstratamente por Engels, foi longo, até que culminou com a total separação do macaco e do homem, sendo determinante para essa separação o papel da consciência, da ação planejada.

“Resumindo: o animal apenas *utiliza* a Natureza, nela produzindo modificações somente por sua presença; o homem a submete, pondo-a a serviço de seus fins determinados, imprimindo-lhe as modificações que julga necessárias, isto é, *domina* a Natureza. E esta é a diferença essencial e decisiva entre o homem e os demais animais; e, por outro lado, é o trabalho que determina essa diferença” (Engels, 2000: 223).

Ou, em outros termos:

“Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade” (Marx: s/d: 202).

Portanto, para Marx e Engels, o trabalho é uma atividade fundamental para o homem, porque é através deste – na relação que estabelece com a natureza – que o homem busca a satisfação de suas necessidades. O homem é o único ser que em contato com a natureza e no processo de transformá-la (para satisfação de suas necessidades) projeta o resultado que pretende alcançar, ou seja, antecipa em sua mente o resultado. Para isso constrói instrumentos com vistas a auxiliá-lo na transformação da natureza. Entretanto, quando se dá o fim de sua tarefa o resultado obtido é diferente daquilo que havia idealizado. Portanto, para Marx: “Os elementos componentes do processo de trabalho são: 1) a atividade adequada a um fim, isto é próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto do trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (Marx, s/d, 202).

No processo de transformar a natureza, o homem também mudou. Ambos não são mais os mesmos. Ao iniciar um novo processo o homem optará por novos processos – tanto no que se refere ao emprego da sua força de trabalho⁶⁵ como dos instrumentos construídos – já que o conhecimento acumulado o credenciou a identificar novas e

⁶⁵ “A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho” (Marx, s/d: 201)

supostas formas melhores de construção. O resultado, que foi originado por uma necessidade, ao mesmo tempo em que satisfaz a tal necessidade, gera novas necessidades.

Esse ato, o trabalho, é, na sua essência, ontológico ao homem e expressa o caráter teleológico de sua ação à medida em que ao transformar a natureza o homem já projetou idealmente o resultado que pretende alcançar. Essa é uma característica que distingue esse ser dos outros animais. Enquanto o animal se relaciona com a natureza de forma imediata e instintiva, o homem estabelece mediações – entre ele e a natureza e com os outros homens – que objetivam sua sociabilidade, sua consciência, sua capacidade de criar valores e alternativas de escolha, ou seja, sua liberdade, sua universalidade.

Através do trabalho o homem se afirma não apenas como um ser pensante, mas como aquele que age consciente e racionalmente. O trabalho opera mudanças na matéria, no objeto, mas também no sujeito, ou seja no próprio homem, pois lhe possibilita descobrir novas capacidades e qualidades⁶⁶. (Marx, s/d)

Este processo, que na sua essência era criativo, é subsumido na história da humanidade alcançando seu ápice de estranhamento no modo de produção capitalista. Conforme apontam Marx e Engels (1987) foi, contraditoriamente, por meio da consciência e da linguagem que o homem institui a divisão do trabalho. Nesse processo vai se constituir, paulatinamente, uma tensão entre o interesse particular e o interesse coletivo. Daqui surge o Estado como instância supostamente autônoma e separada dos interesses, tanto particulares e gerais, e representante de uma “coletividade ilusória”.

O processo de divisão do trabalho vai gerando, progressivamente, um afastamento do homem em relação ao produto do seu trabalho:

“O poder social, isto é, a força produtiva multiplicada que nasce da cooperação de vários indivíduos exigida pela divisão do trabalho, aparece a estes indivíduos, porque sua cooperação não é voluntária mas natural, não como seu próprio poder unificado, mas como uma força estranha situada fora deles, cuja origem e cujo destino ignoram, que não podem mais dominar e que, pelo contrário, percorre agora uma série particular de fases e de estágios de desenvolvimento, independente do querer e do agir dos homens e que, na verdade, dirige este querer e agir” (Marx e Engels, 1987: 49-50).

⁶⁶ Esse ato de acionar consciente – que é o trabalho – é uma atividade que tem uma necessária dimensão ética, uma vez que por meio desse o homem passa a estabelecer escolhas que envolvem juízos de valor. Sobre a ética trataremos no próximo capítulo.

É na separação entre a cidade e o campo – que se inicia desde a transição entre a barbárie e a civilização – que se encontra o cerne da divisão entre trabalho material e intelectual. Nas cidades da Idade Média surgem inicialmente as corporações (formadas por aqueles que se refugiavam do poder feudal nos burgos e onde seus integrantes dominavam o processo de trabalho) e, depois, os comerciantes, o que significa, concretamente, uma divisão entre a produção e sua comercialização. É o contato entre essas diversas cidades, à época denominadas burgos, que faz surgir a classe burguesa. É nesse contexto que aparece a manufatura e se inicia, paulatinamente, um novo modo de produção denominado modo de produção capitalista (Marx e Engels, 1987).

A manufatura significou a perda da relação patriarcal que havia nas corporações, marcada pela relação entre oficiais e mestres, donde essas foram substituídas pela relação monetária entre capitalista e trabalhador. O desenvolvimento da manufatura foi fortemente marcado pelo desenvolvimento do comércio, em virtude do descobrimento da América e das Índias Orientais. Como desdobramento disso emerge a defesa dos direitos alfandegários e ganha impulso a constituição do Estado moderno, nos moldes do que ainda temos hoje. É nesse processo que surge a grande burguesia. Entre meados do século XVII e fins do século XVIII o comércio e a navegação estavam mais desenvolvidos que a manufatura, tendo como referência a Inglaterra. É nesse mesmo país, que como forma de responder à grande demanda e ao desenvolvimento da mecânica teórica, que se dá o surgimento da grande indústria (Marx e Engels, 1987). Esse processo também ficou conhecido na história como *revolução industrial* devido à entrada em cena da maquinaria como uma estratégia de redução da força de trabalho e aumento da produção.

“Em geral, a grande indústria engendrou em todas as partes as mesmas relações entre as classes da sociedade, destruindo com isso a peculiaridade das diferentes nacionalidades. Finalmente, enquanto a burguesia de cada nação conserva ainda interesses nacionais e particulares, a grande indústria criou uma classe cujos interesses são os mesmos em todas as nações e em que toda nacionalidade está já destruída; uma classe que, realmente, se desembaraçou do mundo antigo e que, ao mesmo tempo, com ele se defronta. Não é apenas a relação com o grande capitalista, mas é o próprio trabalho, que a grande indústria torna insuportável para o trabalhador” (Marx e Engels, 1987: 95).

É a partir desse momento que a alienação do homem sobre o resultado de sua própria ação, o trabalho, se complexifica. O trabalhador em si passa a ser tratado como mais uma mercadoria, que sofre oscilação no seu valor a depender da demanda disponível para o

trabalho. O salário, valor que o trabalhador recebe em troca da sua força de trabalho, visa unicamente a sua subsistência. O trabalho é um fardo, algo penoso, onde o trabalhador produz para quem o contrata, não dispondo dos meios. O trabalhador não se vê no resultado final da sua ação, se sente exterior ao que produziu, e mais do que isso, o resultado do seu trabalho não é algo apenas estranho, mas autônomo em relação a ele, o trabalhador. O produto gerado pelo trabalhador, mas propriedade do capitalista – tal qual a força de trabalho que este compra –, não visa diretamente um valor de uso e sim valor de troca que supere o valor que este capitalista investiu na sua produção. Quanto mais intensa for a jornada de trabalho maior lucro terá o capitalista, uma vez que o trabalhador recebe menos do que produz, sendo as horas não pagas de seu trabalho, a mais valia, o lucro do capitalista. (Marx, 2004 e s/d).

Esse *trabalho estranhado* é a essência da alienação no capitalismo, já que expropria do homem a sua capacidade de identificação como um ser genérico, por meio da consciência que só o trabalho, na sua essência, pode propiciar. O homem, quando passa a ser estranho de si mesmo e do resultado da sua ação, o trabalho, é também estranho aos outros homens. Ao não possuir os meios de produção e não se identificar mais no resultado da sua ação há um processo de fetichização da externalidade dos meios de produção e do controle da força de trabalho pelo capitalista. Por isso Marx afirma que o trabalho estranhado é a essência subjetiva da propriedade privada (Marx, 2004).

No capitalismo há, no primeiro momento, uma subsunção formal do trabalho ao capital, quando o processo de trabalho é apropriado pelo capitalista, mas passa a ser um – por meio dos mecanismos acima mencionados – instrumento de fabricação de mais-valia. Até caminhar para uma subsunção real do trabalho ao capital, que significa a emersão do modo de produção especificamente capitalista. Em termos marxianos:

“A característica geral da *subsunção formal* continua sendo a direta *subordinação do processo de trabalho* – qualquer que seja, tecnologicamente falando, a forma que se efetue – *ao capital*. Nessa base, entretanto, se ergue um *modo de produção* tecnologicamente *específico que metamorfoseia a natureza real do processo de trabalho e suas condições reais: o modo capitalista de produção*. Somente quando este entra em cena, se dá a *subsunção real do trabalho ao capital*” (Marx, 1978: 66. Grifos originais).

Uma característica importante sobre o modo de produção capitalista que Marx traz para a reflexão é que este modo, de forma inédita, instaura uma forma de trabalho que não é mais executado somente por um mesmo trabalhador. Com o progressivo advento da

maquinaria e o conseqüente processo de industrialização há uma parcialização do processo de trabalho, por meio do emprego da força de trabalho de diferentes trabalhadores com vistas à elaboração do produto. Esses trabalhadores – inseridos no *processo de trabalho coletivo* – não dominam mais todo o processo de transformação da matéria. Além de não trabalharem mais para a resposta a uma necessidade sua e de venderem sua força de trabalho como outra mercadoria qualquer, passam a partir desse momento a não dominarem todas as etapas do seu trabalho. É o ápice do estranhamento do homem sobre si mesmo. Por isso, conforme já sinalizado anteriormente, é a partir desse momento que se pode tratar de um processo de trabalho capitalista próprio, onde o capital não apenas se apropria do processo de trabalho em geral, mas subverte-o e o redireciona para o extremo das suas necessidades.

Uma outra característica típica do processo de trabalho no modo de produção capitalista vivido por Marx foi a emersão do chamado setor de serviços. Como afirma nosso próprio autor: “Serviço não é, em geral, senão uma expressão para o *valor de uso particular* do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade” (Marx, 1978: 78. Grifos originais). A partir desse setor, que na época estava apenas se iniciando, Marx reflete sobre as suas características no que tange ao trabalho desenvolvido nessa esfera. Não deixando de lado a centralidade ontológica do trabalho como aquela atividade prática e consciente que o homem empreende ao transformar a natureza, Marx começa a refletir sobre as particularidades dessa ramificação no capitalismo e desenvolve uma reflexão sobre a diferenciação entre trabalho produtivo e improdutivo.

Mesmo que se possa entender, no processo de trabalho em geral, que trabalho produtivo seja aquele que gera uma mercadoria, no processo de trabalho especificamente capitalista trabalho produtivo, e por conseqüência trabalhador produtivo, é aquele que gera diretamente mais-valia para o capital. Analisando as configurações do trabalho no seu tempo presente é que Marx reflete sobre o emergente setor de serviços e observa que o fruto do trabalho nessa esfera não se materializa em um produto ou uma mercadoria nos moldes a que anteriormente nos referimos, uma vez que quando se consome o “resultado” desse trabalho, se faz não pelo seu valor de troca, mas, sim, pelo seu valor de uso. O que distingue no capitalismo o trabalho produtivo do improdutivo é que este não gera diretamente mais-valia para o capital. Por isso o que diferencia o trabalho produtivo do improdutivo não é sua natureza:

“Assim o trabalho, por exemplo, jardinagem, alfaiataria (*gardening tailoring*), etc, pode ser realizado pelo mesmo

trabalhador (*workingman*) a serviço de um capitalista industrial ou de um consumidor direto. Em ambos os casos, estamos ante um assalariado ou diarista, mas, num caso trata-se de trabalhador *produtivo*, e noutro, de *improdutivo*, porque no primeiro caso esse trabalhador produz capital e no outro não; porque num caso seu trabalho constitui um momento do processo de autovalorização do capital, e no outro não” (Marx, 1978: 76. Grifos originais)

Tomando as reflexões de Marx sobre o trabalho no modo de produção capitalista, especialmente no que tange ao trabalho coletivo, não na produção, mas nos serviços, é que pretendemos refletir sobre as características do trabalho coletivo nos serviços de saúde. Para tanto realizamos anteriormente uma breve e panorâmica reflexão sobre o debate acerca do trabalho após Marx no âmbito da tradição marxista.

2. Os rumos, após Marx, do debate marxista sobre o trabalho

Realizar uma reflexão sobre o trabalho nos dias atuais requer uma breve remissão aos contornos que obtiveram a tradição intelectual e política inaugurada por Marx. Conforme sinalizamos no item anterior, Marx foi um homem do seu tempo. Mais precisamente, viveu na Europa entre os anos 1818 e 1883. Muitos dos fenômenos do capitalismo nosso autor não viveu, mas nos deixou uma importantíssima contribuição que foi o método para a compreensão do capitalismo.

Após a morte de Marx diversos analistas se propuseram a dar continuidade às suas formulações. Surgiu daí um amplo e fecundo leque de leituras, geralmente denominado de tradição marxista. Apenas para ficar nos clássicos podemos lembrar Lênin e sua teoria sobre as classes e a revolução, Gramsci e sua concepção de Estado ampliado e Lukács e sua elaboração da obra marxiana como uma ontologia do ser social, entre outros. Também dentro desta tradição surgiram leituras problemáticas do legado de Marx, como por exemplo Althusser e sua interpretação unilateral – em termos de ser anti-dialética – sobre o papel repressivo das instituições. Na realidade a obra monumental de Marx possibilita uma amplitude de desdobramentos, pois ao estudar o capital esse autor nos deixou desvendada a sua lógica. Na medida em que o capitalismo ainda não foi superado – ao contrário, se complexificou – diversas frentes da vida social são atingidas por esse modo de produção. Daí, diferentes autores e militantes – que queiram ser críticos da ordem vigente – passam a beber da tradição marxista como forma de desvelar a realidade e de decodificar as suas particularidades.

Se por um lado o marxismo produziu um profundo leque de leituras, por outro devemos ter em mente os contornos do impacto que a revolução russa de 1917 e a constituição da URSS tiveram sob o legado das idéias de Marx. Falamos aqui mais precisamente de Stálin e a sua política de des-dialetizar o legado marxiano. Sob o manto de um marxismo oficial Stálin passa a perseguir análises díspares que ele e seus seguidores identificam como a “análise correta do marxismo”. Essa polêmica não ficou apenas no mundo da idéias e, portanto, aconteceram perseguições para aqueles que não fizeram uma revisão de suas idéias e posições políticas.

Despossuído de seu caráter crítico e criativo o marxismo se limitou ao que oficialmente a URSS ditava como o correto. Talvez por isso pouco inovador foi o debate marxista sobre o trabalho, a par das configurações contemporâneas do capital. Contudo, a realidade sempre é dinâmica e é por meio dela que o debate marxista encarou, de frente, a questão do trabalho no último terço do século passado.

Os anos 1970 são marcados por mais uma crise do capital. Ela evidenciou o limite do Estado de Bem-Estar Social (modelo hegemônico após a segunda guerra mundial nos países capitalistas centrais da Europa, marcado pela construção de um sistema de seguridade social e pela busca do pleno emprego) e do modelo de produção hegemônico (pautado no taylorismo / fordismo). É a partir desse cenário esboçado que se passam a vislumbrar internacionalmente duas estratégias básicas: o discurso da necessidade de “reformular” o Estado e a introdução de um novo paradigma na produção.

A primeira estratégia, de “reforma” do Estado – na realidade uma contra-reforma, analisada nas suas particularidades na política de saúde brasileira no capítulo 1 – se dá através das seguintes diretrizes básicas: redução de políticas sociais públicas; corte do número de funcionários públicos; reforma dos direitos dos trabalhadores com especial ataque à previdência social e incentivos públicos ao setor privado.

A segunda estratégia se dá pela combinação do modo de produção pautado no taylorismo / fordismo com o toyotismo.

O taylorismo é um modo de produção próprio do capitalismo, pautado nas formulações, entre o final do século XIX e início do século XX, de Frederick Taylor (1856-1915). Tem como premissa básica a subdivisão das atividades realizadas pelos trabalhadores em tarefas simples e repetitivas e o advento da “administração científica” com vistas a controlar e padronizar a produção. Em Taylor há uma expressiva mudança no modo de produção até então vigente: criam-se novos instrumentos de trabalho para as ações pontuais dos trabalhadores; ganha ênfase a importância da seleção e do treinamento

dos trabalhadores com vistas à adaptação destes a esse novo ritmo de trabalho na produção e institui-se um ramo de trabalhadores – não mais os representantes diretos da grande empresa – no controle sobre a produção e dos seus trabalhadores (Pinto, 2007).

O fordismo tem sua origem em Henry Ford (1862-1947), que desde o final do século XIX, a par dos seus estudos sobre mecânica, vinha se dedicando a criação do veículo automotor, que deu origem à fábrica Ford. Mesmo que não se tenha registro de que Ford tenha lido Taylor há uma forte influência deste no modo de produção elaborado por Ford⁶⁷. O fordismo aprofunda o modo de produção taylorista ao introduzir, na linha de montagem das fábricas, máquinas automáticas – um sistema de carretilhas já usadas pelos matadouros – que passam a substituir o trabalho, até então desenvolvido pelo homem, de deslocamento da matéria-prima, dos instrumentos de trabalho e do produto que está sendo elaborado em partes dentro do processo de produção coletiva (Pinto, 2007).

Assim, o taylorismo / fordismo foi uma estratégia, dentro do modo de produção capitalista, que teve como característica – a partir da entrada em cena da maquinaria e, conseqüentemente, da introdução de novas tecnologias – uma produção coletiva e em série em um mesmo espaço, com diversos operários trabalhando simultaneamente de forma parcelar, cronometrada e rápida. Nesse modo nenhum trabalhador domina todo o processo de trabalho e, sim, desenvolve uma ação repetida diversas vezes durante a jornada de trabalho sob o controle de uma gerência. Esse padrão de produção foi hegemônico até os anos setenta. A partir daí começa a entrar em declínio e as estratégias da produção passam a ser montadas a partir do que se convencionou chamar, em geral, de “reestruturação produtiva” / “acumulação flexível”, influenciadas a partir do modo toyotista de produção.

O toyotismo tem sua origem no Japão pós-segunda guerra mundial, a partir das formulações de Taiichi Ohno, engenheiro da Toyota (Pinto, 2007). Em contraposição ao modelo anterior, o toyotismo prega uma produção flexibilizada bastante variada e heterogênea vinculada à demanda com vistas à não produção de estoque; fundamenta-se no trabalho em equipe – por meio das células de produção – com multiplicidade de funções; horizontaliza a produção; terceiriza grande parte daquilo que anteriormente era produzido na empresa; e propõe a flexibilização dos direitos trabalhistas com explícito destaque, na retórica, inclusive, para a importância da adesão do trabalhador a esse novo modo de produção (Antunes, 2003).

⁶⁷ Cabe inclusive atentar que no início do século XX o modo de produção taylorista era uma realidade na maioria das grandes empresas (Pinto, 2007).

Os efeitos, segundo Antunes (2003), do toyotismo foram: uma crescente redução do proletariado fabril; um incremento do trabalho precarizado; o aumento significativo do trabalho feminino, atingindo em alguns países mais de 40% da força de trabalho; o incremento dos assalariados médios e de serviços, o que possibilitou o sindicalismo nesta frente, ainda que o setor de serviços já presencie o desemprego; uma exclusão, nos países desenvolvidos, de jovens e de pessoas de meia idade do mercado de trabalho; por outro lado, gerou nos países industrializados uma redução de crianças no mercado de trabalho; e expandiu o que Marx chamou “trabalho social combinado”, onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços.

Todo o contexto aqui tratado – de crise dos Estados capitalistas desenvolvidos e do modo de produção capitalista – ganha uma ênfase diferenciada com a crise dos Estados socialistas no final dos anos oitenta. Com a queda do muro de Berlim em 1989 e a destruição da URSS em 1991, somado à drástica realidade dos países capitalistas subdesenvolvidos, emergem discursos de que a forma Estado não consegue responder às necessidades contemporâneas. Mais do que isso: seria o fim da polarização entre capitalismo e socialismo⁶⁸. O caminho seria a construção da terceira via. O que esses analistas não viam, ou não queriam ver, é que o capitalismo, por si só, vive historicamente processos de grande crise, que são orgânicas a esse modo de produção. Quanto à chamada crise do socialismo, o que o fim dos anos oitenta expressou foi a crise de um determinado modo de transição para o socialismo, marcado pelo forte aparelho partidário no exercício do controle da política (Netto, 1995). Em nenhum momento significou uma impossibilidade do projeto socialista e muito menos da importância, ainda, da tradição marxista.

Dentro desse nebuloso contexto – de discursos falsos, de fim dos projetos alternativos ao capital, de término da polarização entre esquerda e direita, dentre outros – queremos chamar atenção para o debate sobre o trabalho, ou – como dizem alguns – sobre o fim do trabalho. É a partir dessa polarização, iniciada pelo debate não-marxista sobre o suposto fim do trabalho, que, contraditoriamente, a categoria “trabalho” foi reposta pela tradição marxista, tanto como forma de resposta àquela afirmação do fim do trabalho, quanto como tema de polêmicas dentro do marxismo.

⁶⁸ No Brasil, esse discurso (Bresser Pereira e Grau, 1999: 15-16) serviu de base para a proposta de contra-reforma do Estado defendida por Bresser Pereira durante a gestão do seu ministério no governo FHC, conforme tratado no primeiro capítulo da primeira parte dessa tese.

O alvorecer dos anos oitenta foi marcado por um debate sobre o fim da centralidade da categoria trabalho. Dentro do diferenciado leque de autores que apontavam essa tese é notável a intervenção de Claus Offe, André Gorz e Jürgen Habermas. Offe postula que a categoria trabalho não é mais central e Gorz dá um adeus ao proletariado, porque entendem, entre outros pontos, que com a redução do tempo de trabalho e a queda do número de assalariados o trabalho passa a ser mais um fator, dentre outros, na vida das pessoas. Habermas questiona a centralidade do trabalho, trazendo como argumento que a linguagem é que seria a condição ontológica do homem (Teixeira, 2008)⁶⁹.

Este quadro fez emergir no seio da tradição marxista uma fecunda reflexão que desnudou os argumentos fenomênicos do suposto fim do trabalho. Construiu-se uma notável bibliografia sobre o tema, que em comum indicou que como nunca o capital tem utilizado do trabalho como forma de alavancar a sua busca por super lucros. Apontou-se também para a centralidade do trabalho como constituinte do homem e percebeu-se que, no atual estágio do capitalismo, esse continua se apropriando do trabalho como forma de enriquecimento. Ou seja, nunca se trabalhou tanto e de forma tão alienada. No que divergem os autores da tradição marxista é sobre a renovação ou não dos pressupostos marxianos para a análise do que seja o trabalho.

Conforme posto na introdução deste capítulo há uma tensão, na tradição marxista, sobre a categoria trabalho. Antunes (2000, 2003 e 2005) entende que na contemporaneidade a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se ainda mais e que temos que partir de uma concepção ampliada da categoria trabalho. Nessa direção também caminham Iamamoto (1998 e 2001a) e Teixeira (2008)⁷⁰.

Conforme aponta Antunes (2000, 2003 e 2005), contra a tese do fim do trabalho temos como desafio compreender o que o autor denomina de nova morfologia ou polissemia do trabalho. Isso que dizer que o trabalho nos dias atuais ganhou uma nova configuração, como uma “resposta” à crise do capital na década de setenta do século passado. Além do operariado urbano e do trabalhador rural e de serviços, a partir dos anos setenta surge uma massa de trabalhadores terceirizados, sub-contratados, sem contratos,

⁶⁹ Existe disponível uma importante bibliografia, escrita por marxistas, de crítica aos autores – e não só os aqui citados, Offe, Gorz e Habermas – defensores do fim da centralidade do trabalho. Destacamos: Antunes (2000), Iamamoto (2001a), Lessa (2007b) e Teixeira (2008).

⁷⁰ Por outro lado, dentro do marxismo há uma impugnação, como a de Lessa (2007a e 2007b), que afirma o trabalho apenas como a relação de transformação da natureza empreendida pelo homem. É assim que Marx trata o trabalho no livro I de “O capital”, livro que publicou em vida. Um dos motivos da tensão se dá, de fato, pela consideração, ou não, que se deve ter sobre os escritos de Marx publicados postumamente e sem a sua revisão.

com exercício temporário etc. Na era da informatização surgiram os *cybertariat*, conforme aponta Huws (apud Antunes, 2005), que são trabalhadores virtuais no mundo real. Sem contar o fato de que o capital, na contemporaneidade, conforme atentou Teixeira (2008), transformou o consumidor em trabalhador, por meio dos serviços *on line* e de pronto atendimento, onde o consumidor faz vários serviços em substituição ao trabalhador⁷¹. Isso tudo faz gerar uma massa diferenciada de trabalhadores. Mas em momento algum esses exemplos apontam para o fim do trabalho: mesmo com o avanço da tecnologia não houve a substituição do trabalhador pela máquina. Mesmo que haja uma diminuição do trabalho vivo (a força de trabalho, ou seja, o próprio trabalhador) e o aumento do trabalho morto (a maquinaria) nenhum exemplo existe da inexistência da combinação entre trabalho vivo e trabalho morto. Com a maquinaria há a diminuição dos postos de trabalho, como na época de Marx, mas até hoje não há produção que prescindia do trabalho humano.

“Portanto, em vez da substituição do trabalho pela ciência, ou ainda da substituição da produção de valores pela esfera comunicacional, da substituição da produção pela informação, o que se pode presenciar no mundo contemporâneo é uma maior inter-relação, uma maior interpenetração entre as atividades produtivas e as improdutivas, entre as atividades fabris e de serviços, entre atividades laborativas e as atividades de concepção, que se expandem no contexto da reestruturação produtiva do capital. O que remete ao desenvolvimento de uma concepção ampliada para se entender sua forma de ser do trabalho no capitalismo contemporâneo, e não a sua negação” (Antunes, 2005: 37).

A defesa de uma concepção ampliada de trabalho e de classe trabalhadora não abre mão da centralidade dos trabalhadores produtivos, entendidos como núcleo fundamental da classe trabalhadora (Antunes, 2005: 50; 83). E, portanto, não despida do seu potencial revolucionário.

Esse processo de transição – do domínio do homem sobre o processo de trabalho para a sua parcialização e a conseqüente alienação do homem – pode também ser compreendido, com algumas mediações, no trabalho em saúde. É o que pretendemos tratar no próximo item.

⁷¹ Dentre os exemplos arrolados pelo autor, trazemos: a compra e emissão de bilhetes aéreos e o auto-serviço nos postos de gasolina

3. Trabalho Coletivo em Saúde

“Uma UTI, armada pelo SUS, / e pendurada por alguns pontos de luz / nas paredes do cosmos, / pode ser mais fecunda / do que a sombra sob os muros de um campanário. Repara a coordenadora / lançada sempre na diagonal (retas no ringue / da UTI são muito mais longas) / e na linha da sua missão. Pois / Soninha se dá e se deu / mais do que atribuições.

É o ser atirado para a frente, / para frente até de si mesma: / o que ainda haverá atrás dela?

Se ela cruza com a residente, / o medalhão do estetoscópio desta no peito / _ oh! bonecas vivas e identitárias / da origem! – a compulsão da egogênese / e a pulsão do egoprograma e / e do egofisionismo provocam nela / o desejo de armar um barraco / de competências e imagem / no dia e dia da enfermagem.

Homogêneos o branco e os uniformes, / há a hierarquia / dos sapatos e estratégias de classe na hierarquia / dos sapatos: micro políticas de fôlego curto, *tacones lejanos* por um dia, bicos finos como um tricórnio, / ouromel nos calcanhares, um pouco de abismo / nos saltos agulha. Para os de cima.

Tão forte quanto isso, / embora folhas das folhas de outra folhagem, / há o conga eterno dos auxiliares de enfermagem / e sua estratégia e plantão sob o campanário: / articulação e abrir de escotilhas, / prestação de um DVD para... / para... para... Assistir / *Assim caminha a humanidade*. Tem o voto de rainha / de Vicentina, e de Dulcinéia / intensivista e nurse eterna. / E Shirley, imensa e dulcíssima, / com a marca e a pintura egípcia / na ciliação no capricho e na arma dos olhos: dona, / dona, dona! / dona da dobuta, da dobutamina!” (Cançado, 2005: 20-21) (grifos originais).

A citação acima é um fragmento de uma poesia de Cançado (2005), construída durante processo de internação vivido pelo autor para a realização de um transplante, e expressa bem – sob os olhos de um leigo, escritor e professor da área de Letras – como se dá o trabalho coletivo nos serviços de saúde.

Cançado (2005), na qualidade de usuário do SUS, conseguiu captar peculiaridades inerentes ao trabalho na saúde, como: a hierarquização do papel do médico e relação de conflito deste profissional com os profissionais da enfermagem; o poder da gerência na

divisão do trabalho coletivo (donde a responsável pela UTI – Soninha – se dá mais poder do que tem); com a análise destas duas disputas de poder, o autor vê, literalmente, o espaço físico da UTI como um ringue; a diferença de classe dos trabalhadores que se expressa pela roupa, mesmo que todos estejam aparentemente iguais, ou seja, vestidos de branco; a disputa de ego entre os trabalhadores, mesmo que disfarçadas no trabalho daí o termo “egogênese”; as estratégias de transgressão – inclusive dos profissionais com menor autonomia – com o caso do filme a ser visto durante o trabalho; e a identificação de uma linguagem própria do trabalho, como por exemplo, “dobutamina”, praticamente inacessível aos leigos.

A poesia nos mostra o quanto a atuação profissional nos serviços de saúde não se dá na atualidade de maneira isolada. Há um trabalho coletivo, que é permeado por tensões e características próprias da área da saúde, mas, contudo, influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista. Ao contrário de muitas análises em voga que tratam a ação dos trabalhadores em saúde fora dos marcos da tradição analítica inaugurada por Marx, pretendemos pensar o exercício profissional na saúde por meio dessa perspectiva, aproveitando o arsenal já produzido. Para tanto faz-se necessário compreender os antecedentes históricos desta atual forma de assistência à saúde.

Mendes Gonçalves (1992) reflete que as origens de um profissional que cuida da saúde podem ser remontados até ao período tribal, por meio do papel exercido pelo xamã, numa clara confluência entre religiosidade e atenção à saúde. Contudo, conforme o mesmo autor, é comum na área da saúde e em outras áreas buscar os seus fundamentos históricos na Grécia Antiga. De fato é a partir desse momento da história que a maioria da bibliografia disponível vai buscar as origens da constituição do que mais tarde seria a profissão médica. Na Grécia a chamada arte médica era entendida em três ramos – por meio do uso de medicamentos, pelas cirurgias e pela alimentação. A que se referia à alimentação, chamada dietética, tinha uma função complementar às outras duas e a cirurgia na Grécia era de caráter ortopédico (Nogueira, 2007).

Durante a Idade Média a atenção à saúde era prestada por religiosos e havia um cunho sacerdotal do exercício dessa atenção, havendo por parte da Igreja uma tentativa de controle da sua não mercantilização. Com a constituição das cidades medievais, por volta dos séculos XI e XII, começa a se constituir um corpo de profissionais leigos, não religiosos, que passam a trabalhar nessa área. A prática da medicina será dividida em duas perspectivas, pois vai se constituir um profissional *clínico* e outro *cirurgião*, que vão competir entre si. O clínico desenvolve um papel intelectual – nos diferentes sentidos que

essa palavra encerra, como aquele com estudos na área e sem ação prática sobre o corpo daqueles que atende, bem como um intelectual orgânico das classes dominantes, nos termos gramscianos. O cirurgião será, nesse período, um trabalhador de *status* inferior ao clínico, marcado pela ação no corpo, que se materializava por meio do ofício de cirurgiões, barbeiros, herboristas e boticários (Nogueira, 2007). Surge, aqui, a distinção ainda existente na medicina, entre cirurgia e medicina interna.

“A divisão entre afecções que deveriam ser tratadas pelo físico e as de competência do cirurgião apoiava-se em uma oposição entre o interno e o externo. Os objetos de intervenção cirúrgica (feridas, úlceras, fraturas, hérnias, e ‘pedras’) situavam-se na superfície do corpo ou em outros sítios acessíveis aos sentidos. Deviam ser exploráveis pela visão ou tato. A medicina interna, em contraposição, elegia a si um espaço de atuação internalizado, a região imaginária dos fluidos e dos humores. Seus objetos só se definiam conjeturalmente. Exigiam um saber amplo e universalista. Desse modo, a divisão de trabalho entre práticas tomava por base o contraste entre o natural e o transcendental, o visível e o oculto, base sobre a qual se assentava a supremacia do físico” (Nogueira, 2007: 34).

Mesmo havendo uma competição entre o físico e o cirurgião há, indubitavelmente, uma subordinação do último ao primeiro, não apenas na hierarquia social, mas por meio do controle da prática exercida. Os físicos – formados nas universidades medievais, marcada pela influência da Igreja – vão controlar o trabalho dos cirurgiões, que serão formados por mestres de ofício, que reunidos em guildas municipais, ensinavam a partir da sua experiência, de forma particular. Preocupadas com o mercado de trabalho é que as guildas vão expedir normas de controle da formação e do número de aprendizes em cirurgia. Assim, o médico medieval, seja cirurgião ou físico, é um produto da cidade, constituída por homens livres, e se organizarão em *corporações*, nos termos tratados por Marx (Nogueira, 2007).

Conforme abordado anteriormente foi nas cidades que as corporações cederam a manufatura, havendo uma expressiva alteração no modo de produção, pois se na corporação não houve uma grande mudança no processo de trabalho, uma vez que esse foi apropriado pelo capitalismo, na manufatura se inicia – e se aperfeiçoa, com a grande indústria – a constituição própria de um processo de trabalho adequado ao capitalismo. Mas, esse procedimento não aconteceu com a medicina:

“As corporações médicas não foram, ao contrário da dos artesãos, dissolvidas por forças econômicas, ou seja, pelo

contato com o capital. Permaneceram intatas enquanto as corporações dos produtores de bens de consumo eram corroídas em suas bases pelas vantagens que o aumento da produtividade propiciava aos capitalistas, na comercialização das mercadorias. A organização social da medicina não incorporou as relações capitalistas de produção, embora tivesse sido influenciada pela universalização das relações mercantis, o que possibilitou, no âmbito econômico, o surgimento da forma liberal de prática médica” (Nogueira, 2007: 58).

Com a constituição dos Estados Nação emerge a preocupação com a saúde da população em termos demográficos, com vistas a adensar o exército e para o aumento do pagamento de impostos. Nesse contexto o Estado emergente passa a se preocupar com as questões sanitárias (controle de nascimento e óbitos, epidemias etc) e da regulamentação da medicina. Nesse período, entre os séculos XVI e XVIII, os médicos, mesmo que não afetados diretamente pelo modo de produção, conforme já sinalizado, passam a se constituir em intelectuais do Estado com vistas a municiá-lo com informações sobre o controle das condições de saúde da população.

Devido às guerras que surgem na disputa entre os Estados Nação, e especialmente com a criação da arma de fogo, a cirurgia sofreu um grande impulso, tendo a sua relevância destacada por parte do Estado. Uma estratégia importante foi a separação da corporação dos cirurgiões da de barbeiros e, depois, o surgimento de Academias de Cirurgia, como na França e em Portugal, que buscavam expressar uma qualificação intelectual e, portanto, de respeito público à profissão. Assim é que na segunda metade do século XVIII as Associações de Cirurgiões já tinham *status* próximo às Universidades, que formavam os físicos. Contudo, a união desses dois tipos de prática médica e a dissolução de suas respectivas corporações vieram a partir da configuração de um novo local do exercício da profissão, que foi o hospital.

Até então, como atenta Pires (1998), o atendimento a pessoas com problemas de saúde era realizado por profissionais no domicílio, sendo que para os pobres existia algo mais parecido ao que hoje é um albergue do que a um hospital. Esse processo durou até a criação dos hospitais. É por meio da realidade concreta, de exercício profissional no mesmo *locus*, que se derruba a cisão entre o exercício profissional do cirurgião e do físico. No lugar de uma relação vertical passa a se constituir uma relação horizontal, de cooperação, dentro da divisão técnica do trabalho.

Assim, o hospital foi fundamental na história para a supressão da falsa dicotomia

entre o interno e o externo na atenção à saúde. Essa instituição, nos moldes aqui tratados, é fruto do capitalismo. Nesse estágio, o exercício da medicina passa a ser marcado pela prática liberal. Segundo Nogueira (2007) o que caracteriza essa prática é o controle, à distância, pelo Estado e a livre venda dos serviços médicos, regulamentada pelo mercado.

Com a concentração das atividades de assistência em saúde no mesmo lugar há a equiparação, em termos de *status*, entre o físico e o cirurgião. Emerge daí, como já dito, uma cooperação horizontal entre os médicos. Com isso tem início – e se aprofunda no século XX – a especialização da medicina. Na cooperação horizontal podem se somar outros profissionais não médicos. Com o progressivo desenrolar da prática liberal nos hospitais emerge também outro tipo de cooperação denominado vertical, quando o médico delega partes do que outrora era por si desenvolvido, tarefas mais manuais, e que aos olhos do profissional de medicina não descaracterizam sua intervenção, para outros profissionais (Mendes Gonçalves, 1992).

Na cooperação horizontal há uma especialização progressiva do conhecimento médico, que fragmenta a intervenção e, no limite, o usuário desses serviços. O profissional de medicina “perde” várias ações que até então desenvolvia, mas busca manter o controle e a supervisão destas (Mendes Gonçalves, 1992).

O exercício liberal da medicina nos consultórios e o trabalho no hospital são típicos do capitalismo: transforma de vez a atenção em saúde como uma prática de venda de serviços e fragmenta o exercício profissional, ao mesmo tempo em que institui uma gerência de controle da força de trabalho. Portanto, nada mais previsível que os seus trabalhadores vivenciassem situações típicas deste modo de produção. Contudo, curiosamente, é contra o assalariamento e a defesa a-histórica de manutenção da prática médica liberal que emerge uma bandeira de luta dos médicos em meados do século XX. Na metade do século XIX Marx e Engels já chamaram atenção para isso:

“A burguesia despiu da sua auréola sagrada todas as atividades até então vulneráveis e reputadas como dignas. Transformou o médico, o jurista, o padre, o poeta, o homem de ciência em trabalhadores assalariados pagos por ela” (1998: 08).

Esse processo – de cisão entre físicos e cirurgiões até ao assalariamento dos médicos, passando pela constituição do trabalho coletivo em saúde – pode também ser visualizado na história do Brasil. Como colônia vivemos particularidades, que não se situam no mesmo tempo histórico da realidade europeia, que vimos tratando até então. Mas temos certamente reflexos dessa história, até porque somos um país colonizado por europeus.

Palma (1996) nos informa que no Brasil Colônia poucos eram os físicos e mesmo dentre os cirurgiões predominava o exercício dos barbeiros, uma vez que ainda no final do século XIX poucos eram os cirurgiões e físicos diplomados. Na sociedade escravista em que se vivia, havia um demérito em relação ao trabalho manual. Curiosamente, mesmo já com a existência da Santa Casa, as religiosas não tinham uma prática similar à de enfermagem e, sim, um cunho religioso contemplativo. Esse trabalho era exercido por leigos, originários de famílias pobres. No período de instalação da República o saber médico já é utilizado como forma de controle da população, por meio de poucas intervenções dirigidas ao combate da insalubridade e para a contenção de doenças.

Com o fim da escravidão em 1888 conformaram-se as condições para a constituição da prática liberal da medicina. Pode-se afirmar que até a década de 1920 essa assistência era prestada nos consultórios para aqueles que podiam pagar por esses serviços e nas Santas Casas, e similares, para os pobres. A partir da década de 1920, com o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), há uma vinculação da assistência ao trabalho. Aqui estão as origens da associação dos serviços de saúde com a previdência social, que vai vigorar no Brasil até os anos 1980, conforme já tratado. Contudo, não há neste momento uma alteração da prática liberal, em si, do exercício da profissão médica. Essa foi alterada no Brasil também com o surgimento dos hospitais. Nos hospitais brasileiros há, também, o derruir da fronteira entre físicos e cirurgiões, bem como o início do assalariamento do médico. Na década de 1940, com hospitais na maioria construídos pelos Institutos de Aposentadorias de Pensões, que passam a suceder as CAP's após a década de 1930, está consolidado no Brasil o trabalho coletivo em saúde.

Palma (1996), em sua análise sobre a constituição do trabalho coletivo em saúde em São Paulo, ressalta o papel assumido pelos centros de saúde, surgidos na década de 1920, na conformação desse trabalho. É no contexto dos centros de saúde que emergem algumas profissões como o médico sanitarista e a educadora sanitária. Sobre essa última categoria ressalta o autor:

“Sua principal função deveria ser a de ligação entre os serviços de saúde e as instituições externas, tais como escolas, fábricas ou lares pobres, no papel de visitadoras. Estas novas agentes eram todas mulheres, jovens, professoras primárias recém formadas pelas Escolas Normais, onde haviam sido recrutadas para um curso de formação a ser ministrado pelo Instituto de Higiene com cerca de um ano de duração” (Palma, 1996: 67).

Essa profissional, com características muito próximas às que o Serviço Social irá desenvolver nos serviços de saúde, tem mais a sua origem na ausência de uma formação eficiente em enfermagem do que nos primórdios do Serviço Social. Essa última profissão tem a sua origem no Brasil durante o mesmo contexto histórico, marcada pela ação de leigos vinculados à igreja católica. Não há, especialmente em São Paulo, vinculação da área da saúde ou de algum médico, propriamente dito, na criação do curso de Serviço Social⁷². Segundo Bravo (1991), será em virtude do trabalho desenvolvido pelas educadoras sanitárias nos centros de saúde que os assistentes sociais irão se inserir nestes serviços bem mais tarde. Contudo, nos anos 1940 os assistentes sociais já atuarão em hospitais, sendo um marco a constituição do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade de São Paulo (USP) em 1944⁷³.

Segundo dados disponíveis no clássico estudo sobre a história do Serviço Social no país a primeira inserção profissional no Rio de Janeiro se deu em 1940 na Policlínica de Botafogo; a seguir o mesmo ocorre em 1942 no hospital Artur Bernardes, em 1944 no Instituto de Cardiologia e também em diversos IAP's (nos quais não sabemos se atuavam, também, na assistência à saúde). Em São Paulo, conforme já sinalizado, a primeira inserção foi no HC da USP, sendo que em 1947 e 1949 o campo à época denominado Serviço Social médico respondia por 23% e 24%, respectivamente, pelo mercado de trabalho e incluía, além do citado hospital, os seguintes serviços: Dispensário de Tuberculose, Departamento Estadual da Criança, hospitais e clínicas particulares (Iamamoto e Carvalho, 1992).

A partir da segunda metade da década de 1940, e sobretudo na década seguinte, há uma transição entre a medicina liberal e a medicina tecnológica. Mesmo que anteriormente os médicos utilizassem os hospitais há, a partir desse período, em virtude do avanço da indústria na saúde, uma maior dependência da tecnologia por parte do médico. Paralelamente vai se consolidando no Brasil uma associação entre assistência médica e

⁷² Ainda que mereça no Brasil um estudo aprofundado sobre essa questão, especialmente no que tange à criação da Escola de Serviço Social Ana Nery (atual ESS/UFRJ) e sua relação com o curso de Enfermagem (Atual Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ). Mas há registro de criação de Escolas de Serviço Social impulsionadas por profissionais da Medicina como é o caso do Serviço Social chileno, criado sob os auspícios do médico Alejandro Del Rio (Manrique Castro, 1993).

⁷³ Os dados sobre o mercado de trabalho são incontestes, tanto em Palma (1996) como em Iamamoto e Carvalho (1992). No primeiro autor não há registro de inserção profissional dos assistentes sociais nos centros de saúde e em ambos os autores há dados da inserção pioneira das assistentes sociais no HC da USP. Ainda em Iamamoto e Carvalho há dados da inserção dos profissionais de Serviço Social nos IAP's, o que pode sugerir uma atuação não só na emergente previdência, mas também na prestação dos serviços de saúde mantidos por esses Institutos.

previdência social que se aperfeiçoa com a unificação dos IAP's no INPS, em 1966, na ditadura militar. Conforme já tratado, na ditadura há uma piora das condições de vida dos brasileiros - e a categoria dos médicos não ficou imune a isso. Durante as décadas de 1960 e 70 há um longo debate na corporação médica sobre o assalariamento.

Donnangelo (1975), em seu pioneiro estudo marxista sobre o médico na sociedade brasileira do início dos setenta do século passado, identifica o fim da era da prática liberal da medicina e a emergência do assalariamento desse profissional, em virtude da configuração do trabalho em saúde. Na sociedade urbana há uma substituição da contratação dos serviços médicos diretamente por parte dos usuários e essa passa a ser desenvolvida pelo Estado ou pelo setor privado. Além do modo de contratação foi também alterado o exercício profissional, tanto com a introdução de tecnologia como pela fragmentação do trabalho, que se dá em dois níveis: com a especialização dentro da medicina e com a divisão do trabalho com outros profissionais, o que a autora chama de trabalho em grupo. Frente a essa incontestável mudança, que não se dá isoladamente no Brasil, os médicos da época buscaram reagir contra o assalariamento, por meio de discurso atemporal de defesa da autonomia do exercício profissional. Contudo, os dados de Donnangelo já mostravam a inexorabilidade do assalariamento da profissão médica, conforme, de fato, se consolidou mais adiante no Brasil⁷⁴.

Enfim, com o hospital estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde.

Em que pese a atual política de saúde, o Sistema Único de Saúde, estruturar a atenção à saúde em diferentes níveis de complexidade – nas unidades de nível primário deveriam ser realizados os atendimentos básicos, sendo também o *locus* privilegiado para atividades de prevenção; nas unidades secundárias seriam realizados os procedimentos de complexidade intermediária, tais como os ambulatórios especializados; as unidades terciárias seriam os hospitais – o que se observa é uma desarticulação entre as unidades, o que acaba desrespeitando os princípios da hierarquização e da atenção integral à saúde.

⁷⁴ Após o estudo de Donnangelo outras produções refletiram sobre as características contemporâneas do exercício da medicina no Brasil, inclusive naquelas relativas a seu assalariamento. Como exemplo, indicamos Schraiber (1993).

O fato é que o conjunto destas unidades ainda se pauta no modelo médico-assistencial privatista (Luz, 1991), modelo que sempre norteou a política de saúde no país e que foi redesenhado pelo projeto neoliberal. Este modelo centra-se na figura do médico: a saúde entendida como a ausência de enfermidade; a assistência à saúde é privada, uma vez que é permeada por interesses particulares, mesmo quando se dá no espaço público. Esse modelo é a expressão, na saúde, de como historicamente neste país a coisa pública foi, e por vezes ainda é, privatizada.

Gomes (1999), ao analisar o trabalho coletivo nas unidades hospitalares, destaca que os trabalhadores podem ser divididos em dois grupos: aqueles que lidam diretamente com o usuário “e por isso têm como objeto o doente, as doenças ou o processo de adoecimento” (Gomes, 1999:50) e aqueles que por meio de seu trabalho colaboram com o primeiro grupo - “estes poderiam exercer suas atividades laborativas em outra sub-área do setor de serviços que não necessariamente a sub-área hospitalar” (Id. Ibid). Interessante que a autora, ao mesmo tempo em que nos dá a compreensão de que o trabalho não é mérito de apenas uma corporação profissional, também nos atenta para a particularidade dos trabalhadores do primeiro grupo, já que por lidar diretamente com o usuário e com as questões que tal prática implica, requisitam melhores tecnologias e qualificação. Tal questão está diretamente ligada à forma como a atenção à saúde vêm sendo estruturada. Não é um acaso que exista a chamada centralidade no papel do médico:

“Apesar dessa inter-relação entre as atividades parcelares, é preciso que se destaque o papel da centralidade do trabalho médico nesse conjunto laborativo. Em torno das atividades médicas é que as demais áreas hospitalares se orientam. Na realidade, a finalidade e o objeto do trabalho médico se confundem com a da própria instituição hospitalar levando então a que esse segmento laborativo oriente tecnologicamente o setor e absorva graus de poder acentuado nos estabelecimentos. Em função disso, é importante levar em conta que a Medicina constitui seu objeto em algo puramente biológico e individual, o que a faz buscar a doença somente na lesão; além de reforçar hegemonicamente a lógica da medicalização” (Gomes: 1999: 50-51).

É por isso que podemos afirmar que tal centralidade tende a persistir existindo enquanto os serviços de saúde se estruturarem exclusivamente para atender à doença. Cabe atentar que nesta afirmação não há nenhum demérito ao profissional da medicina. Ao contrário, há o reconhecimento de seu papel fundamental no tratamento. Ademais, se ao médico ainda é imputada tal função, esta não deriva somente da sua vontade e sim,

sobretudo, de como a política de saúde vem sendo conduzida. Apenas chamamos atenção para o fato de que essa concepção apresenta implicações para a não implementação do SUS (Sistema Único de Saúde), seja, pela não efetivação da prevenção ou pela não garantia do atendimento integral.

Costa (2000) já chamou a atenção para este aspecto, ao afirmar que “o modelo médico hegemônico secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogos e, em certa medida, psicólogos” (2000: 63).

O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo os profissionais “co-habitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria, poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas e outros, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhem e muito menos saibam o nome de seus colegas. Tal situação piora se um destes profissionais estiver fora do seu dia habitual de trabalho, já que devido ao regime de trabalho em plantão, a cada dia a instituição parece outra, pois tirante o concreto do imóvel e dos móveis e a permanência de parte dos usuários, seus trabalhadores são outros.

A relação de impessoalidade que a cena acima sugere encaminha cada um dos trabalhadores a uma relação de exterioridade. O mérito imaginariamente por alguns alcançado é pensar: “fui lá, fiz a minha parte e volto no próximo plantão”. É difícil para este profissional identificar uma relação de pertencimento ao trabalho coletivo. No entanto, sabemos que o trabalho em saúde não pode ser engendrado isoladamente. Assim, a pergunta que podemos fazer é: *como podemos, frente às condições objetivas (que são permeadas por diversas expressões da histórica cultura do não público neste país e do êxito do projeto neoliberal), construir um trabalho que efetive direitos?*

4. Assistente Social: trabalhador da área da saúde

Assim, faz-se necessário refletir sobre o que caracteriza o trabalho do assistente social na saúde na atualidade. Entendemos que este tema se encontra na pauta do dia no debate profissional e, quiçá, no de gestão do trabalho em saúde. Esta afirmação sustenta-se em argumentos que, articulados entre si, serão didaticamente apresentados.

O primeiro aspecto a ser desenvolvido refere-se ao fato de que atualmente o Serviço Social, junto com outras, é compreendido como uma profissão da área da saúde. Expressão disto é a resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre o tema. Como desdobramento deste reconhecimento, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) integra o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), criado em julho de 2004 com vistas a ser “um espaço de articulação e parceria numa perspectiva multiprofissional, com o objetivo de contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área da saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde”. Para essa reorientação, uma das estratégias defendidas tem sido a obrigatoriedade do ensino da política de saúde (na perspectiva do movimento da reforma sanitária) nos cursos de graduação.

O segundo argumento pauta-se na experiência do projeto “Formação profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde”, formulado e executado pela ABEPSS, no contexto do FNEPAS. Tal qual a associação de ensino e pesquisa do Serviço Social, as outras entidades das áreas foram estimuladas pelo Ministério da Saúde a apresentarem projetos que buscassem causar impactos na formação profissional. Foram realizados encontros de formação com professores e supervisores de estágio da área da saúde. Por meio da pesquisa de avaliação da implementação das diretrizes curriculares foi possível perceber que o ensino da saúde vem se dando, na maioria das vezes, apenas no que tange à política, não havendo uma discussão sobre o exercício profissional, propriamente dito, neste âmbito⁷⁵.

O terceiro argumento para reconhecer a importância deste tema, deriva da demanda dos assistentes sociais que trabalham nos serviços de saúde. Estes, sistematicamente, têm solicitado aos órgãos de fiscalização profissional – Conselhos Regionais de Serviço Social – subsídios para garantir a autonomia do seu exercício profissional na área. Diversos exemplos podem aqui ser citados. Destacaremos um. Na cidade do Rio de Janeiro os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde foram lotados na Secretaria Municipal de Assistência Social sob a alegação de que o que fundamenta o seu exercício profissional é a política de assistência social.

Enfim, os argumentos sumariados são expressões do debate posto na atualidade. Entretanto, o que perpassa é a clássica contradição: a saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem

⁷⁵ Esse projeto gerou duas publicações. Uma (Mota et ali, 2006) com vistas a subsidiar a capacitação. Outra, a edição nº 13 da *Temporalis*, com artigos e relatório desta experiência.

somente nesta política, têm sido sistematicamente questionados por outros trabalhadores sobre a sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada.

4.1. Breve histórico do Serviço Social Brasileiro na Saúde

O Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de acumulação capitalista. Assim, esta profissão surge no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista. Frente à agudização da questão social fazia-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões. Portanto, mesmo que o Serviço Social tenha características próprias construídas pelos seus pioneiros, não é esta profissão fruto somente do desejo destes. Ao contrário, o Serviço Social, tal qual as outras profissões, só existe e permanece por ter uma função a ser desenvolvida na divisão social e técnica do trabalho. Entretanto, conforme já sinalizado, as profissões ganham expressões construídas pelos seus sujeitos. No caso do Serviço Social, há no Brasil, desde o seu nascedouro até os anos sessenta, uma influência do conservadorismo moral, que vai refletir na desarticulação da profissão com os movimentos de esquerda ou progressistas no Brasil.

O Serviço Social em suas protoformas buscou, com êxito, a institucionalização da profissão sem um questionamento ao modelo burguês de desenvolvimento. A adoção de teorias positivistas e psicologizantes, que também reforçavam a ordem societária vigente, foram buscadas em diferentes momentos nesse período. Era necessário institucionalizar essa nova profissão a partir daqueles pressupostos.

Devido à notável capacidade política dos pioneiros da profissão, muitos ganhos – ainda presentes – foram conquistados nos anos quarenta e cinquenta do século passado, tais como: a regulamentação profissional e autonomia no seu exercício; a constituição de entidades representativas; a organização de congressos nacionais da profissão. Contudo, cabe também registrar que neste período condizente com a conjuntura da época – o Serviço Social vai construir um discurso e uma prática de metodologias e teorias próprias para cada processo interventivo (caso, grupo e, nos anos cinquenta, comunidade). Compreende-se que existiam diferentes modos de intervenção que variariam a depender do tipo de instituição em que se trabalhava. É nessa perspectiva que é cunhado o “Serviço Social Médico”.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do fazer profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado, em conjunto com outras profissões, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. Contudo, estamos falando de uma época específica, década de quarenta, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautavam em pressupostos positivistas.

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o doente, visando a garantir o seu tratamento após a alta, bem como para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe (Pinheiro, 1985). A intervenção do assistente social era baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de Casos (Bravo, 1996), que devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação.

A década de cinquenta é marcada no Brasil e na América Latina como o tempo do desenvolvimentismo. Este se constituiu em uma estratégia propugnada pela Organização das Nações Unidas (ONU) com vistas a frear possíveis movimentos de libertação nacional dos países subdesenvolvidos, frente à ameaça do comunismo representada pela Guerra Fria, polarizada entre EUA (Estados Unidos da América) e URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). No Brasil, ilustração do desenvolvimentismo foi o governo de Juscelino Kubitschek e sua promessa de crescer o país. É representativo também dessa época a abertura do país para a indústria internacional. A ONU propôs para o país um programa de internalização de sua ideologia via um processo educativo no meio rural. Contraditoriamente foi essa iniciativa da ONU um espaço para as experiências educativas na perspectiva libertadora de Paulo Freire. Os assistentes sociais também irão participar dessa perspectiva progressista, mas somente no início dos anos sessenta, pois nos anos cinquenta, em geral, estarão os assistentes sociais trabalhando sob a perspectiva da política desenvolvimentista, por meio da adoção do planejamento tecnocrático, e entendendo o

trabalho com comunidade como mais um processo específico: o Serviço Social de Comunidade. Naturalmente, este Serviço Social não teve inserção na saúde, já que à época se compreendia esta atuação limitada à instituição médica.

É nos anos sessenta que emerge no Brasil e na América Latina um movimento interno à profissão. Este foi conhecido como movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, devido a um conjunto de fatores dos quais destacamos a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares vivenciados nos anos sessenta e setenta por cada país e as características dos seus protagonistas profissionais.

É somente a partir dos anos setenta que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio da profissão. Aqui, se faz importante remetermos ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, especialmente, à importância da tendência “intenção de ruptura”⁷⁶. Este processo foi extremamente rico, mas se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira, que reunia profissionais da saúde e militantes com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista, conforme tratado no item anterior.

Bravo (1996) considera que até os anos oitenta a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde, que é o que representava (e ainda representa) o movimento sanitário.

A partir dos anos noventa podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS. Diferentes estudos apontam para isso, mas é necessário que se façam mais investigações para se certificar se essa incorporação tem alterado o exercício profissional cotidiano. No que se refere aos assistentes sociais, ao menos, a hipótese é que essa incorporação vem se dando por meio do seu discurso, mas não está devidamente apropriada (Vasconcelos, 2002). Mesmo assim é um salto muito grande na década de 1990, em relação à década de 1980.

⁷⁶ Netto (1996) analisa a renovação do Serviço Social no Brasil pós-1964. Identifica três tendências neste processo. A primeira, hegemônica nos anos sessenta e setenta, denominada “perspectiva modernizadora”, que faz um recurso ao estrutural-funcionalismo; a segunda é identificada pelo autor como “reatualização do conservadorismo” e pautada na fenomenologia; a terceira, hegemônica desde os anos oitenta, denominada “intenção de ruptura”, que realizava um recurso – inicialmente enviesado – à tradição marxista. Essa última tendência não só anima o debate desde então, mas é fundamental na constituição do atual projeto profissional, que mais à frente será abordado.

4.2. O Serviço Social na Saúde na Atualidade

Vasconcelos (2001 e 2002) identificou que os assistentes sociais verbalizam um compromisso com os direitos da população usuária, afirmando seu compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷⁷ e do projeto ético-político de sua profissão. Mas, efetivamente, não conseguem construir uma prática concreta que viabilize esta perspectiva.

O projeto ético-político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia. Portanto, é um projeto construído por assistentes sociais, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Para tanto, apanha novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários (Netto, 1999; Cardoso, 1999; Barroco, 2001)⁷⁸.

O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos citados projetos. Dentre os vários dados que a rica pesquisa de Vasconcelos aponta percebemos que independente do tipo de unidade de saúde em que trabalham, seja um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina: contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta (Vasconcelos, 2001:27).

Segundo a mesma pesquisa (Vasconcelos, 2001), 47% dos assistentes sociais *somente* realizam entrevistas e neste universo, 72%, em resposta a uma demanda específica

⁷⁷ O projeto da reforma sanitária, no qual o SUS é uma estratégia, tem sua origem no movimento sanitário na década de setenta, mas só emerge com força propositiva na década seguinte. Conforme já sinalizado no primeiro capítulo da primeira parte dessa tese, o ponto de partida do movimento foi a crítica ao sistema de saúde brasileiro. Na época, já se argumentava que a falência do sistema de saúde estava ligada diretamente ao seu modelo de concepção e gerenciamento. O SUS parte de uma concepção abrangente de saúde e do papel do Estado na sua garantia e dos seus princípios, destacamos: a universalidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, a integralidade da assistência, a regionalização e a participação popular.

⁷⁸No próximo capítulo trataremos sobre esse projeto de profissão.

e imediata. Já o trabalho com grupos é desenvolvido por 53% dos assistentes sociais, sendo que, destes, 41% desenvolvem salas de espera e 54% grupos fechados.

A *priori* podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário.

Poderíamos pensar, como nos parece ter sido algo real anos atrás, que o problema identificado por Vasconcelos (2001 e 2002) seria o hiato entre a academia e os serviços. Ou seja, os atuantes nas instituições eram aqueles que estariam distantes da Universidade e desarticulados do debate profissional. No entanto, duas constatações refutam estas hipóteses no tempo presente.

A primeira advém das formulações de Vasconcelos (2001 e 2002), pois parte expressiva dos assistentes sociais pesquisados tinha pouco tempo de formação, tendo passado pela graduação já com o currículo mínimo para os cursos de graduação em Serviço Social vigente desde 1982. Esse currículo, mesmo com lacunas, como a história apontou, foi um grande avanço ao romper com uma visão tricotômica do Serviço Social – que se supunha “teoria” e “metodologia” próprias, que eram o Serviço Social de caso, de grupo e de comunidade – e ao adotar o eixo teoria-história e método.

O outro argumento tem seu substrato em pesquisa por nós conduzida (Matos, 2003), em que queríamos identificar qual o raio de influência do projeto ético-político profissional e do projeto da reforma sanitária brasileira no debate do Serviço Social. Para tanto, analisamos as comunicações sobre saúde apresentadas nos “Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais” realizados nos anos noventa, bem como o conjunto de artigos sobre o mesmo tema publicados na revista “Serviço Social e Sociedade”, editados pela Cortez Editora, durante o mesmo período. Pudemos identificar uma grande penetração dos dois projetos no debate. Entretanto, são justamente os poucos artigos e comunicações que refletiam sobre experiências concretas de trabalhos desenvolvidos pelo Serviço Social (inclusive escritos por professores) que não coadunavam com os projetos citados.

Os dados existentes sobre o exercício profissional do assistente social na saúde mostram um descompasso do trabalho realizado com o enorme avanço que significam o projeto ético político-profissional e o projeto da reforma sanitária. Acreditamos que os motivos para esse descompasso podem se originar de dois fatores, que interagem entre si.

O primeiro se refere a dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como

está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas, sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. O outro fator refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

4.3. A particularidade do trabalho do assistente social na saúde

O ponto de partida para a compreensão desta reflexão é o reconhecimento de que os assistentes sociais quando lidam com a política de saúde, mediatizada pela sua operacionalização nos serviços de saúde, não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde. Contudo, mesmo não havendo uma atuação ou saber exclusivos do Serviço Social nesta área – como também em nenhuma área das políticas sociais setoriais – há no exercício profissional na saúde particularidades que buscaremos desvendar.

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas / disjunções que ora são identificados como de responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Esses problemas raramente são identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista.

Entretanto, a questão social se expressa de diferentes formas. Por isso é importante o estudo de situações concretas. Assim, pode-se dizer que a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental.

Costa (2000), de forma certa, identificou que parte significativa dos assistentes sociais reitera um discurso de imprecisão técnica e de deslegitimação do seu trabalho. Contudo, frente à realidade isso é um paradoxo, na medida em que o Serviço Social é, no âmbito do SUS a quarta categoria em termos numéricos. Sabemos que empregador nenhum contrata um serviço que não lhe tenha utilidade, o que parece apontar uma

contradição, uma vez que os dados confirmam que o Serviço Social possui claramente uma função na divisão social e técnica do trabalho na saúde.

Costa (2000) considera que o Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o elo invisível do SUS. Entretanto, essas atividades não são vistas pelo profissional de Serviço Social como trabalho, mas sim, tratadas como inúmeras exceções: daí a imprecisão verbalizada reiteradamente pelos assistentes sociais.

Podemos observar o vínculo do exercício profissional na saúde com a política de assistência social, na medida em que da forma como está atualmente estruturado o trabalho coletivo em saúde, vem cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos – para além das ofertadas pelos serviços de saúde – com vistas a garantir ao usuário os seus direitos. Seria, então, o assistente social, trabalhador da assistência social na saúde?

Creemos que não. Se assim fosse o mesmo não necessitaria conhecer plenamente a lógica da política de saúde e dos seus serviços. Ou seja, não integraria a força de trabalho em saúde. Ademais, a política de assistência social é uma resposta fragmentada – tal qual as outras políticas sociais – e não é o fundamento da profissão. Nada melhor que a realidade para nos apresentar pistas, pois além de conhecer a rede de serviços do entorno é também esse profissional que detém todo o conhecimento sobre os setores do serviço de saúde em que atua. Isso ocorre por que sabem os assistentes sociais que o êxito do seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho.

Além de necessariamente compor a força de trabalho nos serviços de saúde, podemos também atentar que apesar dos serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social.

Há nos serviços de saúde, em geral, um costume de se identificar os usuários com alta médica, mas com alguma dificuldade de sua autonomia na sociedade capitalista em que vivemos (crianças, adolescentes e idosos sem acompanhantes, usuários com nenhuma

ou baixa renda, pacientes psiquiátricos, população de rua etc), como alvos exclusivos de intervenção dos assistentes sociais, uma vez que a responsabilidade para solução dessas questões são identificadas apenas do profissional de Serviço Social. Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo.

É claro que num país como o nosso – de imensa e secular desigualdade – políticas sociais são fundamentais e a defesa que hoje diversos segmentos de usuários e de trabalhadores fazem da Constituição Federal de 1988 expressam a importância destas. Contudo, conforme aponta Pochman (apud Tavares Soares, 2004: 40) há uma inversão, pois frente à enorme concentração de renda que há no Brasil, se credita às políticas sociais, exclusivamente, a responsabilidade para se enfrentar a desigualdade brasileira. Nunca é demais afirmar que defender no capitalismo as políticas sociais é uma estratégia, mas não um fim em si mesmo. Tais desigualdades só se podem superar com a supressão do capitalismo.

Portanto, na dureza de trabalho dos serviços de saúde, onde “problemas” originados pela contradição da acumulação capitalista são postos como alvo de “resposta” dos assistentes sociais, é previsível que estes não queiram aceitar essa demanda como trabalho. Contudo, ao negarem-na, não apreendem em sua raízes o que essa demanda significa e nem desvelam a função que ocupam no trabalho coletivo. É encarando essa realidade que será possível ao assistente social construir novas estratégias de trabalho.

Assim, não é o profissional de Serviço Social exclusivo da política de assistência social, embora esta atravesse diferentes políticas – como a saúde e a educação. Para a efetivação do SUS faz-se necessário uma interface com a assistência social. O assistente social domina essa interface, mas não somente. Assim, hoje, os profissionais de Serviço Social, com vistas a responder as demandas que se originam a partir das diferentes expressões da questão social, também vêm atuando em diferentes ações no âmbito do SUS, como por exemplo, no planejamento, na gestão e na educação em saúde. É no conhecimento da realidade concreta da política de saúde que o trabalho do Serviço Social tem sido, nos termos de Costa (2000), o “elo invisível” do SUS.

O debate sobre o trabalho do assistente social na saúde deve ser aprofundado com os outros sujeitos profissionais, a partir do que caracteriza a nossa intervenção, mas também resgatando o conceito ampliado de saúde. Se levarmos esse conceito na sua totalidade,

observaremos que muito são os trabalhadores da saúde, uma vez que a saúde não se reduz aos serviços prestados no âmbito geográfico das unidades de saúde.

* * *

Neste capítulo buscamos realizar uma reflexão sobre o trabalho coletivo em saúde, pautada na tradição marxista sobre trabalho, buscando desvendá-lo e, sobretudo, trazer respostas, mesmo que provisórias, sobre o porquê da nebulosa questão de ser, ou não, o assistente social um profissional da saúde.

Uma vez delineadas as particularidades do exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde passaremos a refletir, no próximo capítulo, sobre as características da vida cotidiana, bem como sobre a ética e seus rebatimentos no trabalho do Serviço Social na saúde.

Capítulo 2: Cotidiano e Ética no exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde

Introdução:

“_ O projeto ético-político eu entendo e concordo. Mas, lá no cotidiano, as coisas são diferentes. Lá eu quero ver se tem alguém que consegue implementar esse projeto!”

“_ Eu acho que quando a gente está atendendo deve ter o maior cuidado para não expressar o que sente. Devemos, como assistentes sociais, deixar de lado nossas opiniões e a nossa moral e respeitar os sentimentos do usuário. Uma coisa é o que eu acho pessoalmente, outra coisa é na qualidade de profissional. Nesse último devo seguir o que dita o código de ética da minha profissão.”

Esse dois exemplos, conforme os que abriram os capítulos anteriores, foram retirados do nosso exercício profissional. Particularmente os dois aqui citados foram colhidos por meio de intervenções de alunos em cursos de aperfeiçoamento profissional. São aqui trazidos porque expressam questões que, acreditamos, devem ser enfrentadas na atualidade. Queremos aqui refletir se é possível, ao mesmo sujeito, constituir uma ética para a vida privada e outra para o trabalho. Disso deriva a questão central: de que concepção de ética estamos falando? Além dessas questões, uma outra que nos parece ser também de fundo é a reprodução dos profissionais de Serviço Social da idéia de que o cotidiano é que determina a opção teórico-política da intervenção profissional. O cotidiano não é visto apenas como imutável, mas quase que como uma renovação do velho jargão do Serviço Social: na prática a teoria é outra. A partir dessas indagações, e com vistas a superá-las, é que pretendemos refletir sobre a ética e a vida cotidiana neste capítulo.

Lukács, em entrevista a Leandro Konder, publicada originalmente no Jornal do Brasil em agosto de 1969, informou que estava escrevendo naquele momento uma obra que o absorvia muito e que se referia à ética:

*“Para ser mais exato, a introdução à *Ética*, que leva o título de *Ontologia do Ser Social*. A elaboração da ontologia do marxismo me parece ser uma tarefa filosófica básica para nós. O desenvolvimento de um sistema de categorias capaz de dar conta da *realidade do real* (se me permite a expressão) é imprescindível para que os marxistas enfrentem de maneira justa os equívocos difundidos em torno do caráter *materialista* do marxismo, é imprescindível para que os marxistas aprofundem a crítica das posições existencialistas e das posições neopositivistas. Devemos desenvolver uma*

ontologia marxista capaz de determinar mais concretamente a unidade do materialismo histórico e do materialismo dialético. A base de uma concepção que seja historicista sem cair no relativismo e que seja sistemática sem ser infiel à História. Enquanto não nos desincumbirmos dessa tarefa, os marxistas estarão deficientemente preparados para enfrentar as tendências irracionistas de tipo marcusianos, por exemplo, ou as posições racionalistas formais difundidas pelos neopositivistas e especialmente pelos estruturalistas. Aliás, o irracionismo e o racionalismo formal podem ser rapidamente combinados, conforme as necessidades do combate movido pela ideologia burguesa contra a razão dialética” (Lukács, 1978: 22. Grifos originais).

Esse fragmento da entrevista concedida por Lukács expressa uma preocupação lukacsiana de construir uma ética marxista. Uma questão não menos importante, uma vez que até então poucos marxistas tinham envidado esforços centrais sob o estudo e elaboração de uma ética pautada em Marx.

A preocupação de Lukács com a ética é bem anterior ao escrito a que ele se refere, “Ontologia do Ser Social”, na entrevista a Konder. Na sua autobiografia destaca Lukács (1999) que abandonou os escritos sobre a estética, entre 1913 e 1915, por se interessar pela ética. Em 1919 publicou “Tática e Ética”. Um outro texto é o de 1947, “As tarefas da filosofia marxista na nova democracia”, publicado no Brasil apenas em 2007⁷⁹. Contudo, mesmo que a ética seja um tema presente na trajetória de Lukács, esse só poderia mesmo desenvolvê-la mais tarde, em virtude da atribulada relação que esse autor teve entre as suas idéias e o controle sobre elas de dirigentes do Partido Comunista do seu país, a Hungria, e da URSS (Frederico, 1997; Netto, 2008). Afinal, uma discussão sobre a ética, na perspectiva lukacsiana, traz para o centro das reflexões o papel ético do sujeito e suas escolhas. Ou como informa o autor: “O interesse pela ética me levou à revolução” (Lukács, 1999: 54). Nada menos propício que a conjuntura do socialismo dirigido por Stálin, que pretendia criar uma *única* concepção do marxismo.

Para escrever sobre a ética, Lukács considerou importante antes escrever sobre a ontologia do ser social, uma vez que entendia que na obra marxiana estava posta uma ontologia, que se caracterizava pela centralidade do homem e sua relação com o trabalho. Assim, Lukács vai desenvolver um longo estudo – ainda não traduzido em sua íntegra no

⁷⁹ Segundo Netto (2008), “Tática e ética” é a primeira coletânea marxista do autor, mas conforme seus textos da época está imbuído de um messianismo revolucionário, em virtude da proclamação da Comuna húngara em 1919. Sobre o texto escrito por Lukács em 1947, Coutinho e Netto (2007) o consideram extremamente otimista. Contudo, neste já estão postas questões centrais como a liberdade que mais tarde Lukács vai desenvolver.

Brasil⁸⁰ – sobre a ontologia do ser social, esse ser que ao se sociabilizar pelo trabalho, como resposta às suas necessidades de sobrevivência, se torna também um sujeito ético, na medida em que nesse processo passa a desenvolver escolhas e, portanto, a valorar algo em detrimento de outra coisa.

É em Lukács, provavelmente pela primeira vez, que a ética ganha uma concretude e também uma historicidade, na medida em que ela é fruto do momento histórico em que o homem vive. Certamente no campo da tradição marxista, pelos motivos que derivam, em especial, da constituição do stalinismo na URSS, há uma inovação. Essa concepção de ética é uma referência para a ética profissional dos assistentes sociais no Brasil.

É no Serviço Social brasileiro – que conta entre seus quadros docentes com dois pioneiros, Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto, da introdução das idéias de Lukács no Brasil – que se desenvolverá uma reflexão sobre a interlocução da ética lukacsiana com o código de ética de uma profissão. Até então a ética, na trajetória histórica do Serviço Social, era algo secundário no debate profissional e reduzido apenas ao Código de Ética, entendido como um documento que indicaria o que fazer. É a partir dos anos 1990, na esteira do aprofundamento da interlocução com a tradição marxista e, especialmente, pela apropriação intelectual do legado de Lukács, que a profissão avança eticamente, passando a contar com debates e produções que expressam o avanço da profissão em relação à ética⁸¹.

Em que pese o atual código de ética dos assistentes sociais brasileiros ter completado em 2008 quinze anos, a adoção de seus pressupostos filosóficos e políticos é restrita, ainda, a essa categoria profissional e desse país, apenas⁸². Pesquisa realizada por Vasconcelos et alli (2004) sobre o conteúdo dos códigos de ética dos profissionais de saúde brasileiros revela a cisão entre os valores do código de ética dos assistentes sociais e de outros profissionais. Cabe também registrar que a Federação Internacional de Trabalhadores Sociais (FITS) e a Associação Internacional de Escolas de Serviço Social, em seu documento “Ética no Serviço Social, Declaração de Princípios”, tomam valores abstratos

⁸⁰ Na tese trabalhamos, explicitamente, com dois capítulos da Ontologia. Uma parte sobre o “trabalho” em uma tradução argentina (Lukács, 2004) e outra sobre a “reprodução” (Lukács, 2008), numa tradução não publicada de Sérgio Lessa, disponível na internet (os três primeiros itens desse capítulo). A parte restante do capítulo foi por nós lida por meio de uma tradução, mimeo, também de Sérgio Lessa.

⁸¹ Dentre a produção, destacamos: Bonetti et alli (1996), Brites e Sales (2000) e Barroco (2001 e 2008).

⁸² Sobre a trajetória histórica da relação da profissão com a ética, ver: Barroco (2001 e 2004); Brites e Sales (2000), Bonetti et alli (1996); Forti (2006).

de dignidade como referência para o exercício profissional (FIAS, 2007)⁸³. Acreditamos que a particularidade brasileira na escolha da concepção de ética a nortear o exercício profissional dos assistentes sociais se deve à constituição de um projeto de profissão inovador, que busca romper com o conservadorismo hegemônico nas unidades de ensino e nas organizações profissionais. Esse projeto desde os anos noventa vem sendo denominado de “projeto ético-político do Serviço Social”.

A partir desses pontos, aqui apenas sumariados, iremos desenvolver uma reflexão sobre os fundamentos da ética e sua intrínseca relação com a vida cotidiana. De posse dessa fundamentação pretendemos refletir sobre os desafios hoje postos ao projeto ético-político profissional.

1. Fundamentos da ética: o ser social

Já tratamos sobre a importância do trabalho para a constituição do homem. Afinal, é por meio da relação que o homem estabelece com a natureza que esse se constitui como um ser vivo diferente dos outros animais. Esse ser, o homem, ao transformar a natureza para resposta a uma necessidade concreta sua, ao mesmo tempo em que a responde, gera novas necessidades. Esse ato, de se pôr consciente perante o mundo em que vive, possibilitou ao homem o desenvolvimento de várias faculdades.

A primeira que aqui queremos chamar atenção é para o caráter teleológico do trabalho, que se expressa pela construção mental do resultado final por parte do homem, que já se inicia na escolha da matéria que pretende ser transformada e por quais meios. Ou seja, antes mesmo de começar sua ação o homem constrói idealmente o resultado que pretende alcançar. Ao final do trabalho o produto não será exatamente igual ao idealizado e se for elaborar um novo produto esse homem, certamente, a par da experiência, o fará por novos meios. Essa capacidade de abstrair o resultado que se quer alcançar é expressão da consciência, característica essencialmente humana, conforme reflete Lukács:

“Solo en el trabajo, en la posición del fin y de sus medios, consigue la conciencia, a través de un acto conducido por ella misma, mediante la posición teleológica, ir más allá de la mera adaptación al ambiente – en la que se incluyen también aquellas actividades de los animales que transforman la naturaleza objetivamente, de manera involuntaria –, y

⁸³ Utilizamos como referência a versão portuguesa desse documento com quatro páginas. Neste país a tradução do nome da entidade não é FITS (como no Brasil) e sim FIAS (Federação Internacional de Assistentes Sociais). Daí, a referência bibliográfica: FIAS, 2007.

consumar en la propia naturaleza cambios que para ella resultan imposibles e incluso impensables”⁸⁴ (Lukács, 2004: 80).

Assim, a consciência – que pelo trabalho se materializa em ação, portanto não é apenas elucubração mental – é uma característica essencial do ser, o homem, que se constitui pelo trabalho. É num largo tempo histórico que o ser desenvolve, além da consciência, outras habilidades que o fazem se constituir em homem.

No processo de transformação da natureza o homem identifica a necessidade de construir instrumentos de trabalho que o ajudem na tarefa. Assim, esses instrumentos – resultados de sua ação consciente – são construídos exclusivamente para responder às necessidades humanas – e nesse processo o homem já escolhe, e valora, qual material da natureza serve melhor para suas intenções. Esses instrumentos também podem ser superados ou não, reconstruídos ou não, em virtude da sua factibilidade.

“Cuando el hombre primitivo elige, de entre una masa de piedras, una que le parece apropiada para sus fines, y abandona las restantes, es claro que aquí se presenta una elección, una alternativa. (...). La piedra elegida como instrumento es elegida, sin embargo, a través de un acto de conciencia que ya no posee carácter biológico. Es preciso reconocer determinadas propiedades de la piedra – a través de la observación y la experiencia; es decir, a través del reflejo y su elaboración acorde con la conciencia –, que la tornan apropiada o inapropiada para la finalidad planeada”⁸⁵ (Lukács, 2004: 89).

É ainda por meio do processo de transformação da natureza que o homem constitui a linguagem⁸⁶. Afinal, devido à necessidade de melhor potencializar o trabalho é que o

⁸⁴ “Somente no trabalho, na posição do fim e dos seus meios, consegue a consciência, através de um ato conduzido por ela mesma, mediante a posição teleológica, ir além da mera adaptação ao ambiente - no que também se incluem aquelas atividades dos animais que transformam a natureza objetivamente, de maneira involuntária -, e consumar na própria natureza mudanças, que para ela resultam impossíveis e inclusive impensáveis”. (Tradução nossa)

⁸⁵ “Quando o homem primitivo escolhe dentre uma massa de pedras, uma que lhe parece apropriada para seus fins, e abandona as restantes, é claro que aqui se apresenta uma escolha, uma alternativa (...). A pedra escolhida como instrumento é escolhida, sem dúvida, através de um ato de consciência que já não possui caráter biológico. É preciso reconhecer determinadas propriedades da pedra – através da observação e da experiência; é dizer, através do reflexo e sua elaboração de acordo com a consciência – que a tornam apropriada ou inapropriada para a finalidade planejada”. (Tradução nossa)

⁸⁶ “Es evidente por naturaleza que, una vez que las necesidades del trabajo han impulsado el surgimiento del lenguaje y el pensamiento conceptual, la evolución de estos tiene que mostrar una interrelación ininterrumpida, indisoluble, y el hecho de que el trabajo también constituye de ahí en más el factor dominante, no anula la permanencia de tales interrelaciones, sino que las refuerza e intensifica. De esto se sigue necesariamente que dentro de un complejo tal, debe tener lugar una influencia ininterrumpida del trabajo sobre el lenguaje y el pensamiento conceptual, y viceversa” (Lukács, 2004: 106). Nossa tradução: “É evidente por natureza que, uma vez que as necessidades do trabalho tenham impulsionado a linguagem e o

homem desenvolve a necessidade de se comunicar com outros homens. Aliás, a necessidade de estabelecimento de uma relação do homem com outros homens é constitutiva da essência do ser; assim, portanto, o trabalho, é também na sua origem coletivo.

É ainda na riqueza possibilitada pelo trabalho que o homem pode exercer a sua liberdade, pois somente neste é que esse ser passa a realizar escolhas. Ao transformar a natureza o homem escolhe caminhos, elege um ou outro.

“Dicho a partir de una primera aproximación, la libertad es aquel acto de la conciencia como resultado del cual surge un ser nuevo, puesto por ella. Ya aquí se aparta nuestra concepción ontológico-genética de la concepción idealista. Pues, en primer lugar, el fundamento de la libertad consiste – si queremos hablar racionalmente de ella en cuanto factor de la realidad – en una decisión concreta entre diversas posibilidades concretas; si la cuestión a elegir es elevada a un grado mayor de abstracción, si es separada totalmente de lo concreto, pierde toda conexión con la realidad y se convierte en una especulación vacía. En segundo lugar, la libertad es una voluntad – en última instancia – de transformar la realidad (que, ciertamente, bajo determinadas circunstancias comprende la preservación de la situación dada); con lo cual la realidad debe ser conservada, en cuanto fin de la transformación, incluso en la más amplia abstracción”⁸⁷ (Lukács, 2004: 166-167).

A liberdade se funda no entendimento do trabalho, processo em que o homem age em busca de resposta a uma necessidade. Mesmo que a resposta a essa necessidade seja singular, o homem dá resposta a questões postas na sociedade determinada em que vive.

pensamento conceitual, a evolução destes têm que mostrar uma interrelação ininterrupta, indisolúvel, e o feito de que o trabalho também constitui de aqui em mais um fator dominante, não anula a permanência de tais interrelações, ao contrário as reforça e as intensifica. Disto se segue necessariamente que dentro de um complexo tal, deve ter lugar uma influência ininterrupta do trabalho sobre a linguagem e o pensamento conceitual, e vice versa”.

⁸⁷ “Dito, a partir de uma primeira aproximação, a liberdade é aquele ato da consciência como resultado do qual surge um novo ser, posto por ela. Já aqui se separa nossa concepção ontológico-genética da concepção idealista. Pois, em primeiro lugar, o fundamento da liberdade consiste – se queremos falar racionalmente dela enquanto um fator da realidade – em uma decisão concreta entre diversas possibilidades concretas; se a questão a escolher é elevada a um grau maior de abstração, se é separada totalmente do concreto, perde toda conexão com a realidade e se converte em uma especulação vazia. Em segundo lugar, a liberdade é uma vontade – em última instância – de transformar a realidade (que, certamente, sob determinadas circunstâncias compreende a preservação da situação dada); com a qual a realidade deve ser conservada, enquanto fim da transformação, inclusive na mais ampla abstração”. (Tradução nossa)

Contudo, o homem sempre tem diante de si a possibilidade de respostas alternativas, ou seja, pode escolher entre isto ou aquilo⁸⁸ (Lukács, 2008).

Portanto, ao escolher o homem está exercendo a sua liberdade, entendida não como algo no campo do ideal, do humanamente inalcançável e sim como uma possibilidade concreta e historicamente dada. Assim, o exercício da liberdade deve aqui ser compreendido como a escolha entre alternativas concretas. Ser livre hoje é diferente de ser livre nos anos cinquenta. Contudo, se hoje, ou lá, existir a *possibilidade de escolha consciente* o homem é livre. Por isso:

“Diz-se que só o homem pode-se comportar como ser ético porque só ele é capaz de agir teleologicamente. Para tal, ele cria alternativas de valor, escolhe entre elas, incorporando-as em suas finalidades; por isso o ser social é também capaz de viver com liberdade, capacidade fundamental do agir ético. Para que a liberdade exista é preciso que os homens tenham, objetivamente, condições sociais que lhes permitam intervir conscientemente na realidade, transformando seus projetos ideais em alternativas concretas de liberdade, ou seja, de novas escolhas e novos projetos” (Barroco, 1999:122).

Assim, pelo que aqui vimos, podemos entender, tal qual nos ensina Lukács, que é *pelo trabalho que o homem se auto-constrói e se diferencia dos outros animais. Ao dominar a natureza, mas sem nunca poder viver fora dela, o homem se constitui num novo ser, o humano genérico, o ser social.* (Lukács, 2004: 102).

O ser social nada mais é que o homem, constituído pelo trabalho, entendido este por Lukács (2004) como o modelo de toda práxis social⁸⁹. Mas não é o trabalho a única forma de práxis, pois existe aquela que centra na relação de transformação dos homens sobre os próprios homens. Sobre isso distingue Lukács:

“El trabajo en este sentido originario y restringido, contiene un proceso entre la actividad humana y la naturaleza: sus actos están orientados a la transformación de objetos naturales en valores de uso. En las formas posteriores, más evolucionadas de praxis social, aparece además, en primer

⁸⁸ Para explicar esse raciocínio é recorrente em Lukács a célebre afirmação de Marx de que os homens constroem a sua história, mas não em condições por si escolhidas.

⁸⁹ Conforme registrou Gajo Petrovic, em sua contribuição ao dicionário organizado por Bottomore (2001): “A expressão práxis refere-se, em geral, a ação, a atividade, e, no sentido que lhe atribui Marx, à atividade livre, universal, criativa e auto-criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo; atividade específica ao homem, que o torna basicamente diferentes de todos os outros seres”. Para Heller (1992: 32): “A atividade prática do indivíduo só se eleva ao nível da práxis quando é *atividade humano-genérica consciente*; na unidade viva e muda de particularidade e generidade, ou seja, na cotidianidade, a atividade individual não é mais do que uma *parte* da práxis, da ação total da humanidade que, construindo a partir do dado, produz algo novo, sem com isso transformar em novo o já dado”.

plano, el efecto sobre otros hombres, cuyo objeto es en última instancia – por cierto que solo en última instancia – una mediación para la producción de valores de uso. (...) El contenido esencial de la posición es, sin embargo, a partir de ahora – dicho en términos muy generales, muy abstractos – la tentativa para conseguir que un hombre (o un grupo de hombres) realice, por su parte, posiciones teleológicas concretas.”⁹⁰ (Lukács, 2004: 103).

Portanto, o ser social aqui é o homem no máximo da sua potencialidade – criador, sujeito da suas escolhas, portador em si de toda a essência humana – resultado da sua autocriação por meio do trabalho. Conforme aponta Marx:

“O homem faz da sua atividade vital mesma um objeto da sua vontade e da sua consciência. Ele tem atividade vital consciente. Esta não é uma determinidade (*Bestimmtheit*) com a qual ele coincide imediatamente. A atividade vital consciente distingue o homem imediatamente da atividade vital humana. Justamente, [e] só por isso, ele é um ser genérico. Ou ele somente é um ser consciente, isto é, a sua própria vida lhe é objeto, precisamente porque é um ser genérico. Eis por que a sua atividade é atividade livre. (Marx, 2004: 84. Colchetes e parênteses originais).

Contudo, na história da humanidade o homem foi se afastando gradualmente dessa grandeza e se abstraindo de si mesmo (perdendo a sua identidade com os outros homens) e se alienando progressivamente (ao não se ver no trabalho, como processo de sua auto-criação). É sobre isso que passaremos a refletir.

2. O trabalho e a reprodução

Em sua origem o homem trabalha para responder às suas necessidades, com isso o que produz tem apenas valor de uso para si e seus pares. Contudo, é característica própria da força de trabalho produzir mais que o necessário para a sua sobrevivência. Daqui emergem conflitos importantes, que se expressam na reconfiguração da divisão do trabalho – que surge anterior mesmo a esse processo, por forma da cooperação – e que repercute

⁹⁰ O trabalho, neste sentido originário e restrito, contém um processo entre a atividade humana e a natureza: seus atos estão orientados para a transformação de objetos naturais em valores de uso. Nas formas posteriores, mais evoluídas de práxis social, aparece entretanto, em primeiro plano, o efeito sobre outros homens, cujo objeto em última instância – por certo que somente em última instância – uma mediação para a produção de valores de uso. (...) O conteúdo essencial da posição é, sem dúvida, a partir de agora – dito em termos muito gerais, muito abstratos – a tentativa para conseguir que um homem (ou grupo de homens) realize, por sua parte, posições teleológicas concretas. (Tradução nossa)

não só na linguagem dos homens, mas também na estrutura e dinâmica das sociedades (Lukács, 2008).

Esse raciocínio é nodal para entender a história da sociedade ocidental, uma vez que para Marx as formas de apropriação econômico-social expressam e distinguem decisivamente as épocas históricas. Conforme tratam Lukács e Marx é com a produção excedente que emerge a escravidão na antiguidade, uma forma violenta que sucede a cooperação. Em termos históricos a escravidão é sucedida pelo feudalismo, que mesmo sendo ainda um sistema limitado para o desenvolvimento do ser social é, em relação ao anterior, um avanço, uma vez que na escravidão os instrumentos de trabalho e a produção pertencem exclusivamente ao patrão e o escravo recebe apenas o mínimo necessário para sua subsistência. No feudo, o vassalo trabalha em um pedaço de terra seu, com seus instrumentos e após pagamento dos tributos ao senhor feudal, pode aumentar a sua produtividade com vistas a melhorar seu nível de vida (Lukács, 2008).

Conforme já tratamos no capítulo anterior é no bojo dos centros de comércio feudais que emergem as cidades, os burgos, espaços estes que vão configurar – num processo dinâmico e processual da história – o modo de produção capitalista. Nas cidades feudais já existia um vasto comércio. Contudo, o sistema de corporações, por meio do seu controle de quantitativo de profissionais, e de profissionais em formação, punham limite à expansão dos serviços⁹¹, uma vez que o proprietário podia tudo comprar, menos o trabalho. É no capitalismo que a força de trabalho se transforma em mais uma mercadoria a ser comprada pelos proprietários dos meios de produção, donde, logicamente, o que é produzido visa constituir valor de troca e não apenas valor de uso.

A manufatura é a primeira forma de produção estritamente capitalista, que mesmo aproveitando a lógica já existente da divisão do trabalho a subverte ao mesmo tempo, pois introduz a fragmentação da produção por meio de ações repetitivas por parte do trabalhador.

Conforme tratado anteriormente haverá na história diferentes formas de produção no modo capitalista, com vistas sempre a aperfeiçoar a mais-valia, que vem do excesso de trabalho não pago empregado na produção. Um produto disso é o afastamento cada vez maior do trabalhador em relação ao resultado do seu trabalho, uma vez que o resultado do

⁹¹ No capítulo anterior tratamos das corporações com vistas a refletir sobre a constituição do trabalho em saúde. Aqui, conforme já sinalizado, tratamos mais uma vez do trabalho, uma vez que é fundante para o ser social e esse sujeito é um ser ético, tema desse capítulo. O trato do trabalho em dois capítulos visa apenas facilitar a exposição, mas é claro que ambos os capítulos tratam do mesmo tema em geral, interligados entre si, na perspectiva da totalidade.

seu trabalho é para ele estranho. O trabalho, portanto, que possibilitou ao homem transitar do seu ser natural para o ser social, é agora fonte de estranhamento sobre ele mesmo.

“Consequentemente, quando arranca (*entreisst*) do homem o objeto de sua produção, o trabalho estranhado arranca-lhe sua *vida genérica*, sua efetiva objetividade genérica (*wirkliche Gattungs-gegenstandlichkeit*) e transforma a sua vantagem com relação ao animal na desvantagem de lhe ter tirado o seu corpo inorgânico, a natureza” (Marx, 2004: 85. Grifos e parênteses originais).

Já afirmamos que é por meio das escolhas, que emergem no processo de sociabilização, que o homem se constitui em um ser ético e que suas ações, mesmo quando singulares, são frutos de suas escolhas frente às alternativas disponíveis. Assim, não restam dúvidas de que a configuração de como historicamente se deu a constituição da sociedade capitalista em que vivemos irá influenciar no agir ético dos homens. Para isso faz-se importante uma reflexão sobre a vida cotidiana, tanto como ela é, mas como também potencialmente pode ser, no caso de uma outra sociedade.

3. Vida Cotidiana

Cotidiano é uma palavra muito tratada na sociedade em que vivemos. Na maioria das vezes por meio de reclamações, onde as pessoas se referem à obrigatoriedade das ações que diariamente têm a desenvolver. Expressões destes reclamos estão por toda parte. Vamos para a poesia. Chico Buarque tem uma clássica música que trata o tema; não por acaso, chama-se *cotidiano*:

“Todo dia ela faz tudo sempre igual / Me sacode às seis horas da manhã / Me sorri um sorriso pontual / E me beija com a boca de hortelã. Todo dia ela diz que é pra eu me cuidar / E essas coisas que diz toda mulher / Diz que está me esperando pro jantar / E me beija com a boca de café. Todo dia eu só penso em poder parar / Meio dia eu só penso em dizer não / Depois penso na vida pra levar / E me calo com a boca de feijão. Seis da tarde como era de se esperar / Ela pega e me espera no portão / Diz que está muito louca pra beijar / E me beija com a boca de paixão. Toda noite ela diz pra eu não me afastar / Meia-noite ela jura eterno amor / E me aperta pra eu quase sufocar / E me morde com a boca de pavor. Todo dia ela faz tudo sempre igual / Me sacode às seis horas da manhã / Me sorri um sorriso pontual / E me beija com a boca de hortelã” (1971).

A música de Chico Buarque é permeada por repetições – de palavras e da melodia – em especial das ações, já que o personagem da música a cada dia faz a mesma coisa. Outro dado é a alienação do personagem que, impotente, nada acha que pode fazer – não só no trabalho, mas em casa e na sua vida privada, pois é beijado com a boca de pavor. Na busca de uma responsabilidade, esta recai sobre a sua companheira. As reclamações do personagem da canção de Chico Buarque reproduzem um discurso e uma realidade hegemônica, que tem seu ponto de partida na alienação do trabalho e das relações afetivas e o estranhamento do próprio homem sobre seu ser e a capacidade de construir história.

Uma outra interessante poesia é a de Elisa Lucinda, intitulada “Termos da nova dramática”:

“Parem de falar mal da rotina / parem com essa sina anunciada / de que tudo vai mal porque se repete. Mentira. Bi-mentira: / não vai mal porque repete. Parece, mas não repete / não pode repetir / É impossível! O ser é outro / o dia é outro / a hora é outra / e ninguém é tão exato. Nem filme. Pensando firme / nunca ouvi ninguém falar mal de determinadas rotinas: chuva dia azul crepúsculo primavera lua cheia / céu estrelado barulho do mar / O que que há? / Parem de falar mal da rotina / beijo na boca / mão nos peitinhos / água na sede / flor no jardim / colo de mãe / namoro / vaidades de banho e batom / vaidades de terno e gravata / vaidades de jeans e camiseta / pecados paixões punhetas / livros cinemas gavetas / são nossos óbvios de estimação / e ninguém pra eles fala não / abraço pau buceta inverno / carinho sal caneta e quero / são nossas repetições sublimes / e não oprime o que é belo / e não oprime o que aquela hora chama de bom / na nossa peça / na trama / na nossa ordem dramática / nosso tempo então é quando / nossa circunstância é nossa conjugação / Então vamos à lição: / gente-sujeito / vida-predicado / eis a minha oração. Subordinadas aditivas ou adversativas / aproximem-se! / é verão / é tesão! O enredo / a gente sempre todo dia tece o destino aí acontece: / o bem e o mal / tudo depende de mim / sujeito determinado da oração principal.”

Podemos observar que o mote para a poesia de Elisa Lucinda, é responder ao costumeiro reclamo das pessoas sobre o cotidiano e a repetição que neste ocorre. Esta poesia, ao contrário da primeira, não apenas constata a repetição, mas busca problematizá-la. De forma voluntariosa, Elisa Lucinda entende que as pessoas podem, se quiserem, alterar o seu cotidiano. Diz, ainda, a autora, que as pessoas só reclamam daquilo de que não gostam. Então, para Lucinda o que está em jogo é a capacidade das pessoas alterarem

o seu dia a dia, caso queiram. Mas será isso possível? Para tanto, buscaremos respostas na tradição intelectual marxista que trata o tema.

Como nos afirma Heller (1992), o cotidiano é insuprimível da vida dos homens. Em toda sociedade e em qualquer momento histórico os homens vivem o cotidiano. É ele o espaço de reprodução do ser em sua singularidade.

São partes orgânicas do cotidiano a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação (Heller, 1992). A julgar pela quantidade de ações que o homem deve desenvolver no cotidiano, podemos dizer que este manipula diferentes conhecimentos, mesmo que não os conheça profundamente. Contudo, a vida cotidiana é hierárquica, pois existe um conjunto de ações que, desenvolvidas cotidianamente, têm prioridade sobre outras; por exemplo, não há dúvidas de que na nossa sociedade o trabalho alienado seja a principal atividade.

No cotidiano o que importa para o homem é a resposta para as suas necessidades imediatas. Por exemplo, uma pessoa quando atravessa a rua consegue calcular a velocidade dos seus passos *versus* a velocidade do carro que vem na sua direção. Manipula aí conhecimentos de física, mas não necessariamente os sabe. Isso só pode vir a se tornar um problema se um dia essa pessoa errar o cálculo e for atingida pelo veículo. Assim, estamos querendo dizer que no cotidiano lidamos com diferentes conhecimentos em sua superfície e que o critério de verdade se mistura com o de utilidade. Como temos diferentes atividades a serem desenvolvidas, as fazemos com pouca reflexão. E não poderia ser de outra forma, pois se refletíssemos sobre tudo que fazemos não conseguiríamos viver.

Pelas características próprias do cotidiano – a espontaneidade, a imediaticidade, a superficialidade extensiva, dentre outras – ele é o espaço propício para a repetição acrítica. Contudo isto não é uma regra. A depender da sociedade em que se insere o indivíduo pode ter maior ou menor possibilidade de reflexão crítica sobre as ações da vida cotidiana. E mesmo em sociedades com grande tendência à alienação, como a sociedade capitalista madura, é possível a existência de homens que consigam suspender o cotidiano.

No cotidiano o homem vê o “nós” através do “eu”, como diz Heller (1992); o eu tem fome. Numa sociedade como a capitalista é mais difícil para o indivíduo partir desta singularidade e se identificar como homem genérico. Afinal, nesta sociedade o homem encontra-se alienado da maioria das suas potencialidades humanas. Contudo, existem *flashes* no cotidiano que demonstram a essência desta relação entre o eu singular e homem genérico. Vamos a um exemplo. A maioria das pessoas que veja uma mulher apanhando brutalmente de um homem em praça pública irá se identificar com o sofrimento dela.

Mesmo que seja uma pessoa do gênero masculino, de classe social e etnia diferente. Esse *flash* **pode** possibilitar ao indivíduo que observa a cena transitar da sua singularidade ao humano genérico. Mas isso não está dado, já que posso me entristecer com a situação mas, por exemplo, automaticamente pensar que se ela está apanhando, algum motivo deve haver e que, ademais, não me cabe intervir nesta situação. Ou, em termos lukacsianos:

“... todo indivíduo tem a *possibilidade* de também reproduzir, na própria consciência, o caminho percorrido pelo gênero humano até aquele momento, e tomar uma posição crítica, positiva ou negativa, acerca de suas etapas e acerca da própria relação, acerca da própria contemporaneidade com as suas conquistas e os seus problemas” (Lukács, 2008: 81. Grifo nosso).

Assim, não é uma aparente identificação com o outro que me faz sair do cotidiano e nem mesmo a alteração da rotina. A reflexão crítica do cotidiano é realizada quando o indivíduo se eleva da sua singularidade ao humano genérico. Este processo se dá por meio da suspensão das atividades que o indivíduo desenvolve no cotidiano. O meio para isso é a *homogeneização*, que significa que nos concentremos sobre uma única atividade, que empreguemos nossa energia, ou “inteira individualidade humana”, nesta atividade e que este processo seja consciente e autônomo (Heller, 1992: 27)⁹².

O processo de homogeneização se objetiva por meio da ciência, da arte, do trabalho e pela moral, como formas privilegiadas. A ciência pelo seu caráter desantropomorfizador; a arte por ser memória e autoconsciência da humanidade; o trabalho porque é por meio dele que o homem se constituiu como ser social; e a moral como espaço de reflexão, e ação possivelmente crítica sobre as escolhas postas no cotidiano. Contudo:

“A homogeneização em direção ao humano-genérico, a completa suspensão do particular-individual⁹³, a transformação em ‘homem inteiramente’, é algo totalmente *excepcional* na maioria dos seres humanos. Nem sequer nas épocas ricas em grandes comoções sociais existem muitos pontos críticos desse tipo na vida do homem médio. A vida de muitos homens chega ao fim sem que se tenha produzido

⁹² Esse processo de superação da singularidade por meio da homogeneização é tratado por Heller, a partir da concepção original em Lukács.

⁹³ Sobre o trato de Heller acerca do que seja “particularidade”, trazemos a ponderação de Barroco: “Sabe-se que Lukács (1978), analisando a complexa relação entre estes níveis, situou o particular como campo de mediações entre o paradoxal e o singular; o autor da *Ontologia do Ser Social*, referindo-se a tal campo, trata-se da categoria da particularidade, recorrendo à palavra alemã *BESONDERHEIT*. Heller, em seus estudos sobre a cotidianidade (Heller, 1972-1977), ao referir-se aos traços característicos dos indivíduos singulares, utiliza a palavra *PARTICULARITAT* que, traduzida, embora em línguas neolatinas, também como *particularidade*, tem carga semântica intensamente direta de *BESONDERHEIT*. (Barroco, 2001: 37, nota 21. Grifos originais).

nem um só ponto crítico semelhante. A homogeneização em direção ao humano-genérico só deixa de ser excepcional, um caso singular, naqueles indivíduos cuja paixão dominante se orienta para o humano-genérico e, ademais, quando têm a capacidade de realizar tal paixão” (Heller, 1992: 28-29. Grifos originais).

Heller (1992) entende que artistas, cientistas, líderes revolucionários e grandes moralistas (preocupados com o humano genérico) são esses sujeitos privilegiados que, mesmo que produzam atos que possibilitem a suspensão do eu singular ao humano genérico, também vivem a cotidianidade e estão submetidos às características desta.

Interessante a abordagem da moral como objetivação privilegiada para a suspensão da cotidianidade. Heller apresenta o exemplo do transporte coletivo quando o sujeito se pergunta se cede ou não o seu lugar para uma pessoa idosa. Esse é um exemplo de como a moral pode propiciar a suspensão da vida cotidiana e possibilitar a interligação entre a singularidade do indivíduo e o humano genérico.

“A vida cotidiana está carregada de alternativas, de escolhas. Essas escolhas podem ser inteiramente indiferentes do ponto de vista moral (por exemplo, a escolha entre tomar um ônibus cheio ou esperar o próximo); mas também podem estar moralmente motivadas (por exemplo, ceder ou não o lugar a uma pessoa de idade). Quanto maior é a importância da moralidade, do compromisso pessoal, da individualidade e do risco (que vão sempre juntos) na decisão acerca de uma alternativa dada, tanto mais facilmente essa decisão eleva-se acima da cotidianidade e tanto menos se pode falar de uma decisão cotidiana. Quanto mais intensa é a motivação do homem pela moral, isto é, pelo humano-genérico, tanto mais facilmente sua particularidade se elevará (através da moral) à esfera da genericidade” (Heller, 1992: 24. Grifos originais).

A suspensão não corta com o cotidiano, já que sabemos que este é insuprimível. Assim, as ações do indivíduo também. Portanto, há sempre um retorno à cotidianidade, onde o indivíduo retornará para a imediaticidade da vida cotidiana. Contudo, este indivíduo já é outro e por isso percebe o cotidiano diferencialmente. Em virtude do tema desta tese passaremos a refletir à frente sobre a moral, tanto como comumente se trata, bem como é tratada por Heller, como uma objetivação que pode vir a refletir criticamente sobre a sociedade em que vivemos e, por meio da ação, transformá-la.

4. Ética e Moral na vida que se vive e para a vida que se quer viver

Afirmamos até agora, que pelo trabalho o homem se configurou como um sujeito ético. Também refletimos que a forma como a divisão social do trabalho se estrutura está ligada diretamente à possibilidade do homem ter maior ou menor consciência sobre isso. A sociedade em que vivemos, capitalista, produz um homem que não se vê no produto final do seu trabalho, assim, um homem potencialmente alienado. Na medida em que não se vê como sujeito, também reproduz que pouco, ou nada, pode alterar na vida. Assim também são entendidos os valores e normas desta sociedade, vistos, portanto, como imutáveis. Como na sociedade capitalista a aparência é tomada como expressão do real, isso se acirra, uma vez que, como vimos, o homem – em qualquer sociedade – vive no cotidiano, espaço da resposta imediata. Contudo, o cotidiano, mesmo que com as características acima tratadas, poderia ser outro se a sociedade tomasse valores humanos emancipadores.

A ética, quando tomada como concreta e não abstrata, pode ser importante para o desvelamento daquilo que aparentemente está cristalizado. Se a ética é concreta, se materializa escolhas – como posicionamentos acerca de algumas questões e realização de projetos, que expressam a adoção de determinados valores – ela é ação; e toda ação, sobretudo quando consciente, muda o curso das coisas e dos fatos.

Apesar de na sociedade em que vivemos se tratar, comumente, a ética como algo abstrato, é contraditoriamente nesta mesma sociedade que ouvimos frase do tipo “fulano não foi ético”, “seria mais ético se tivesse feito aquilo”, entre outras. Apesar de toda alienação, é no senso comum, mesmo, que também pode se ver que a ética está ligada ao exercício da escolha que promove uma ação.

Temos por pressuposto que os fundamentos da ética são sociais e históricos. Assim, não há uma única ética, nem que esta esteja apartada da vida dos homens em sociedade. A ética não tem só um significado, ela vai variar a depender dos valores que a compõem⁹⁴. Como os seus fundamentos são históricos e sociais, a ética remete ao homem. Por isso, só esse pode agir eticamente. Pois só o homem detém a consciência e a liberdade, componentes fundamentais para o agir ético (Barroco, 2001 e 2008).

Assim, saber os fundamentos da ética é entender os fundamentos do homem. Ou seja, compreender o conjunto dos atributos que fazem dele um ser especial. Esses atributos

⁹⁴ A ética sempre remete ao campo do “agir bem”. Contudo, em geral, a ética é tratada de maneira abstrata. O que estamos aqui tentando fazer é trazê-la para o campo da tradição marxista, e assim, preche de materialidade.

– especialmente a consciência, a linguagem, a capacidade teleológica e a liberdade – são criados pelos próprios homens em seu processo de desenvolvimento, sendo o homem criador de si mesmo e a história fruto desse processo de autocriação. A relação do homem com a natureza, ao contrário dos outros animais, não se dá apenas de maneira imediata, pois o homem, ao efetivar essa relação age com consciência e liberdade, expressões teleológicas da ação de transformação da natureza (Barroco, 1999 e 2008).

Acima nos referimos ao fato de que comumente se trata a ética como o espaço da conduta de ser bom. Outra questão posta no senso comum é a sua referência com a moral. A maioria das acepções trata a ética – não só do senso comum, mas também existente em parte expressiva dos livros de filosofia – como o estudo da moral, e esta como a conduta irrefletida e conservadora dos homens. Essa questão, muito presente, merece ser aqui refletida.

Podemos entender que a moral surge na história da humanidade quando o homem começa a se sociabilizar pelo trabalho, antes mesmo do surgimento do excedente da produção. Assim, dentre as diversas habilidades que surgem pelo trabalho emerge a vida em sociedade e, para tanto, a necessidade de estabelecimento de patamares de convivência, de estabelecimento daquilo que deve ou não deve ser feito (Barroco, 2008).

A moral surge por uma necessidade dos homens no seu processo de sociabilização e é resultado da escolha destes homens. Mesmo que pareça imutável a moral é produto, também, da história. Com o excedente da produção (e, com isso, a emersão do escravismo) e, depois, com o advento do capitalismo – com o surgimento da propriedade privada, da sociedade de classes e da divisão social do trabalho – a moral também se altera.

Portanto, a moral refere-se ao “conjunto de costumes e hábitos culturais que transformados em deveres e normas de conduta responde à necessidade de estabelecer parâmetros de convivência social” (Barroco, 1999: 123). Assim, a moral refere-se à dimensão singular do indivíduo e é voltada para o seu próprio eu. O homem está vinculado à sociedade, mas percebe o “nós” através do “eu”. Nesta dimensão o homem não tem consciência de si como um ser social. As respostas às suas necessidades sociais são feitas sem uma reflexão teórica sobre elas.

Para se refletir sobre a moral, faz-se necessário que façamos uma remissão à vida cotidiana. O cotidiano é o lugar da repetição, insuprimível da vida humana; é o espaço onde o ser busca a sua reprodução. Neste processo, muitas das ações são feitas automaticamente. Para sua sobrevivência material, o homem desenvolve um conjunto de

ações, que pela velocidade da sua sobrevivência não são permanentemente problematizadas.

No capitalismo, e também no escravismo, não é mais possível legitimar uma moral que afirme valores e necessidades comuns a todos, como foi no comunismo primitivo. Ao contrário: é importante que se construa uma moral que naturalize as desigualdades, mas que, ao contrário do escravismo, construa uma ideologia de que é possível ao sujeito transpor de uma classe para outras, desde que tenha competência e se esforce para isso. O capitalismo significa, em relação às sociedades anteriores, um avanço e, ao mesmo tempo, um grande retrocesso:

“Na sociedade capitalista madura, observa-se uma contradição fundante: pensada a partir das sociedades precedentes, a sociedade moderna efetua o maior desenvolvimento das forças produtivas e das capacidades humano-genéricas e, simultaneamente, produz o maior grau de alienação. A alienação se (re)cria em novas formas, que invadem todas as dimensões da vida social e a objetivação do ser social, como um ser da práxis, passa a constituir-se como um campo de possibilidades; se realiza em termos de desenvolvimento humano-genérico mas não se objetiva para o conjunto dos indivíduos sociais”. (Barroco, 2001: 35).

Isso não quer dizer que nessa sociedade não seja possível se construir uma moral alternativa, que questione os valores morais hegemônicos, tradicionais. Tal construção pode ser possível por meio de uma reflexão teórica sobre a moral pautada em princípios de combate ao capitalismo e de construção da alternativa socialista, o marxismo.

“Considerada do ponto de vista ontológico, a moral é uma mediação potencialmente capaz de promover uma individualidade livre, ou seja, uma particularidade capaz de transformar exigências sociais em exigências internas livres. Nas condições da alienação e das suas formas reificadas, promove a sua própria negação, o que não decorre necessariamente da existência de normas, mas das determinações sócio-históricas que permitem sua objetivação como algo externo e estranho ao indivíduo”. (Barroco, 2001: 58).

Uma vez refletida sobre a moral e o cotidiano, nos cabe pensar agora sobre a ética, que aqui é compreendida como reflexão teórica e ação livre voltada ao humano genérico. O conteúdo da reflexão ética é a própria moral – não apenas na sua dimensão referente aos sujeitos singulares, mas também em relação à práxis política – analisada teoricamente.

Esta teoria pode contribuir para se entender o processo e indagar a moral, e assim, contribuir para a sua transformação. A elevação da moralidade singular – própria da vida cotidiana – ao humano genérico permite que o indivíduo se comporte como um sujeito ético. A reflexão ética permite desvelar o repetitivo das normas, já que entendemos a ética como uma possibilidade estratégica de problematização e de crítica da vida cotidiana. Assim, a elevação pode possibilitar ao homem o questionamento sobre normas que culturalmente são passadas, e até mesmo vistas por este, até então, como regras imutáveis.

Se tomarmos como cerne e como fundamento da nossa concepção ética o ser social, podemos entender, com auxílio de Heller (1992), que os valores da nossa ética são aqueles que preservam a essência desse ser. A essência humana para Marx é o trabalho e o que emerge desta ação: a sociabilidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. Logo, a essência humana não é natural e nem abstrata. É fruto, sim, da ação do próprio homem. Assim:

“...pode-se considerar valor tudo aquilo que, em qualquer das esferas e em relação com a situação de cada momento, contribua para o enriquecimento daquelas componentes essenciais; e pode-se considerar desvalor tudo o que direta ou indiretamente rebaixe ou inverta o nível alcançado no desenvolvimento de uma determinada componente essencial. *O valor, portanto, é uma categoria ontológico-social; como tal, é algo objetivo; mas não tem objetividade natural (apenas pressupostos ou condições naturais) e sim objetividade social.*” (Heller, 1992: 4-5. Grifos originais).

Com a ética o homem pode se desalienar e perceber que a moral é constituída historicamente e que ele, esse homem, pode ser sujeito na construção de novos valores hegemônicos na sociedade em que vive. É claro que esse processo – de desalienação e construção de novos valores – se dá em condições objetivas e também há que se considerar que a elevação do cotidiano não é permanente, pois ao cotidiano todo homem volta. Mas se ele, esse homem, viver esse processo em sua inteireza, ao retornar para o cotidiano, retorna diferente, mais enriquecido.

Enfim, conforme aponta Barroco:

“Uma **ética** configurada como *reflexão crítica e sistematização teórica orientada por pressupostos sócio-históricos e dirigida a valores emancipatórios é consciente de seus limites objetivos na sociedade burguesa, mas pode contribuir para a ampliação de uma consciência social e crítica.*

Como conhecimento crítico, pode contribuir para o desvelamento da moral dominante, de suas contradições, das normas abstratas, da coisificação das motivações éticas, no sentido de identificar os fundamentos históricos da alienação moral e apontar estratégias de enfrentamento ético-político das condições adversas do presente, orientadas por uma projeção do amanhã (Barroco, 2008: 84. Grifos originais).

5. Projeto ético-político do Serviço Social e seus fundamentos éticos

Muito se fala, atualmente, sobre o “projeto ético-político do Serviço Social” na categoria profissional. Contudo, será que seus componentes, profissionais e estudantes, *compreendem realmente* – em termos dos seus fundamentos – sobre o que estão falando? Ou será que é mais um jargão da moda na profissão? Essa é uma questão que nos parece que deve ser permanentemente problematizada, para que não caiamos no risco de esvaziarmos de conteúdo esse projeto, tão caro para a profissão.

A recorrência a esta denominação – projeto ético-político do Serviço Social – tem se dado na categoria profissional desde a segunda metade da década de noventa. Alguns marcos são significativos. O primeiro refere-se ao texto de 1996 construído pela então gestão do CFESS, onde há referência ao projeto profissional. O segundo foi o temário do IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em Goiânia no ano de 1998, intitulado “Trabalho e Projeto Ético-Político do Serviço Social”. O terceiro é o artigo de José Paulo Netto, publicado em 1999 e reeditado em uma coletânea em 2006 (Mota et alli). Esse artigo, até hoje, é referência para o entendimento do que é um projeto profissional e de suas características no Serviço Social.

Podemos observar que, pelas suas origens, a preocupação com a sistematização de um projeto profissional advém da militância profissional, que desde os anos oitenta vem aliando uma intervenção no campo político com a qualificação profissional a direção política dada ao Conjunto CFESS/CRESS (Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social), à ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) e à ENESSO (Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social) é expressão magnânima. Contudo, não se constitui em uma preocupação só desses sujeitos na medida que o termo “projeto ético-político do Serviço Social” ganhou espaço em diferentes produções acadêmicas e em vozes de diferentes profissionais e estudantes da área do Serviço Social a partir dos anos noventa.

Netto (1999), ao refletir sobre o projeto profissional do Serviço Social, conceitua primeiro o que seja um projeto de profissão e um projeto societário, e como estes se relacionam:

“Os projetos societários são projetos coletivos; mas o seu traço peculiar reside no fato de se constituírem projetos macroscópicos, em propostas para o *conjunto* da sociedade” (1999: 94. Grifos originais).

“Os projetos profissionais *apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas* (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)” (1999: 95. Grifos originais).

Assim, fica visível que os projetos profissionais apontam e se conectam com projetos societários. Projetos profissionais conservadores tendem a se ligar a projetos societários com a mesma perspectiva. O contrário, projetos profissionais emancipadores, *idem*. Netto (1999), afirma que projetos profissionais diferentes do projeto societário hegemônico possuem mais dificuldades de se estabelecerem, mas é possível que isso ocorra. Essa é a situação do atual projeto profissional hegemônico no Serviço Social, que analisaremos abaixo.

O entendimento de cada palavra do termo “projeto ético-político do Serviço Social” é que pode trazer contundência para a sua compreensão. “Projeto” remete a intencionalidade, característica do homem, já que só esse pode construir idealmente o resultado que pretende alcançar. Ao projetar a ação, o homem está realizando escolhas e esse ato de optar, traz a tona seus valores. Pois nenhuma ação projetada é neutra. Ao escolhermos por quais meios e por qual fim agimos, estamos lidando com valores. Ainda assim, “projeto” remete à idéia de algo em construção, que não está acabado. Portanto, o primeiro significado é uma intencionalidade.

“Ético” vem da palavra ética. A ética lida com valores que ao serem assumidos pelos sujeitos, por meio da sua internalização, se materializam em “ações” ou “omissões” por esses sujeitos. Assim, a ética não é uma escolha abstrata sobre um modo idealizado de se conceber o mundo e o homem. É mais que isso, pois a ética é composta por valores que

norteiam a concepção de homem e mundo, *mas que se materializam no cotidiano a partir de diferentes escolhas que realizamos*. Por isso, a ética possui intrínseca ligação com a política, já que tem materialidade e, por isso, o homem opta na ação, conscientemente ou não, por um ou outro aspecto da vida social.

No caso de uma profissão a ética congrega duas dimensões. A primeira refere-se à reflexão teórica da própria profissão sobre os fundamentos da moralidade, ou seja, os valores. A segunda é uma resposta consciente da categoria profissional, indicando um dever ser, que se materializa pela construção, por parte dos sujeitos da profissão, de parâmetros de conduta, ou seja, o código de ética. Portanto, a ética profissional, aqui, tem a ver não só com a idéia de normatização do que pode ou não ser feito; mas, também – e principalmente – com a escolha consciente da categoria profissional sobre seus valores e os objetivos destes (Barroco, 2001).

Enfim, a palavra “Político” reforça que nenhum projeto de profissão é neutro. Sabemos, com a ajuda de Bertold Brecht, que o pior analfabeto é o analfabeto político⁹⁵. Assim, esse projeto de profissão – querendo ou não – está sempre vinculado a um determinado projeto de sociedade, o citado projeto societário.

O projeto ético-político do Serviço Social possui suas raízes na ruptura com o histórico conservadorismo da profissão. Esta ruptura tem seu marco no processo de renovação do Serviço Social Brasileiro, sendo sua expressão paradigmática o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como o Congresso da Virada. É ainda no final da ditadura militar que se pode constituir uma outra direção na categoria profissional. Este projeto é caudatário da tendência, nomeada por Netto (1996) de “intenção de ruptura”, que indubitavelmente anima as polêmicas profissionais desde os anos oitenta. Apenas panoramicamente, podemos lembrar, também nos anos oitenta, a releitura da história da profissão, propiciada pela edição do livro de Carvalho e Yamamoto (1992); a inserção da categoria na luta sindical do contexto do novo sindicalismo da época (Abramides e Cabral, 1995); o código de ética de 1986 e o currículo de 1979 (aprovado pelo Ministério da Educação e da Cultura – MEC – somente em 1982). Nos anos noventa,

⁹⁵ Referimo-nos aqui à poesia “analfabeto político” (1933), de Bertolt Brecht: “O pior analfabeto / É o analfabeto político, / Ele não ouve, não fala, / Nem participa dos acontecimentos políticos. / Ele não sabe que o custo da vida, / O preço do feijão, do peixe, da farinha, / Do aluguel, do sapato e do remédio / Dependem das decisões políticas. / O analfabeto político / É tão burro que se orgulha / E estufa o peito dizendo / Que odeia a política. / Não sabe o imbecil que, / da sua ignorância política / Nasce a prostituta, o menor abandonado, / E o pior de todos os bandidos, / Que é o político vigarista, / Pilantra, corrupto e lacaio / Das empresas nacionais e multinacionais.”

ainda panoramicamente, podemos lembrar que esse período é marcado pela maioria intelectual e consolidação acadêmica da profissão (Netto, 1996a).

O coroamento do projeto ético-político do Serviço Social é o código de ética de 1993 (Netto, 1999), estando também expresso na lei de regulamentação da profissão de 1993 e nas diretrizes curriculares para o Serviço Social de 1996. Assim, o código, as diretrizes curriculares e a lei de regulamentação podem ser entendidos como o tripé de fundamentação do projeto ético-político. Além destes, há que se considerar que podemos identificar expressões deste projeto em diversas produções acadêmicas e em algumas experiências profissionais em curso.

O projeto ético-político do Serviço Social ao negar *o histórico conservadorismo da profissão* aponta, propositivamente, para a construção de um exercício profissional comprometido com a *justiça social* e a *liberdade*, valores centrais do atual código de ética, promulgado em 1993.

A justiça social, no código, remete para a defesa de uma *socialização daquilo que é socialmente produzido, mas apropriado privadamente*. Assim, o código remete à intenção da *crítica ao capitalismo*. Contudo, aponta para a atuação profissional na atual ordem, tanto é a sua defesa das políticas públicas.

A liberdade está colocada na perspectiva que compreende *o homem como sujeito à liberdade*. Ela não está no plano do inacessível, no idealismo, mas se constitui em realidade, por meio da *possibilidade do homem em realizar escolhas*, que obviamente são determinadas historicamente.

Mesmo que o código de ética não se proponha a regular a vida privada dos assistentes sociais, este se choca com concepções de vida pautadas no irracionalismo. E, também, com a negação de direitos dos outros, mesmo quando não os valoramos como relevantes. *Não há espaço, no atual projeto profissional, para o exercício do preconceito*. Cabe lembrar que o preconceito (Heller, 1992) é a persistência dos juízos provisórios que inicialmente necessariamente construímos, mas que permanecem como valores mesmo quando o conhecimento mostrou que estão errados.

Assim, acreditamos que o atual projeto profissional expressa um embate com a socialização primária da maioria dos assistentes sociais e os valores morais constituídos a partir daí por estes sujeitos na vida adulta. Estes, em sua maioria, não têm encarado esse embate e, sim, constituído a adesão aos valores profissionais para o seu exercício e um parco, ou por vezes nulo, questionamento aos valores da sua vida privada. Assim é que é possível termos profissionais com um expressivo discurso concatenado com o projeto

ético-político profissional, mas que defendem a propriedade privada e exercem o preconceito no seu dia a dia, por exemplo. Pensam esses profissionais que existe essa muralha definindo esses espaços, contudo isso é um auto-engano. Valores são incorporados e expressos, muitas das vezes quando não se quer, mesmo que não pela fala, mas pelos olhares e pela omissão, por exemplo. Imaginar que se possa ter um tipo de valores para a vida privada e outros para a vida profissional não é apenas um equívoco teórico, mas também prático, dado que é ontologicamente impossível.

Ser hoje um assistente social competente não é uma tarefa fácil. Construimos um projeto de profissão que vai à contracorrente do projeto societário hegemônico. Assim, os assistentes sociais que se pautam no citado projeto profissional se deparam com um caldo cultural contrário: no trabalho, na família, na sociedade... A tarefa dos descontentes é árdua, mas é plena quando acreditamos naquilo que propomos e fazemos. Com capacidade intelectual, agir ético e permanente leitura da realidade podemos, no coletivo da categoria profissional, construir pequenos inícios de caminhadas concretas. Mas temos que acreditar nisso, pois não basta aderir aos princípios do projeto: é necessário internalizá-los. Heller trata o tema de maneira direta e bela:

“Marx disse que transformando o mundo, os homens se transformam a si mesmos. Não modificaremos substancialmente o seu pensamento se alterarmos a sua frase e afirmarmos agora que não podemos transformar o mundo se ao mesmo tempo, não nos transformarmos nós mesmos” (1992: 117).

Os assistentes sociais, em seus diferentes fóruns, têm colocado a importância de uma problematização sobre o cotidiano, com falas do tipo: “lá no cotidiano é difícil de implantar o projeto profissional”. Esse tipo de fala nos parece extremamente perigoso. Parece-nos, primeiramente, reeditar a falsa dicotomia entre teoria e prática. Pode remeter à idéia de que o projeto ético-político é uma teoria, apenas. Outra preocupação é a de tomar o cotidiano, na sua aparência, como *a* referência e o fim de todos os objetivos da intervenção profissional. Assim, nada mais propício que refletir sobre ele.

Pelo aqui exposto, temos como desafio no Serviço Social discutir a categoria “cotidiano” tomando como referência a problematização inaugurada por Lukács e aprofundada por Heller.

Netto (2000:72) considera que “não se legitima a análise da vida cotidiana senão quando se superam as balizas do pensamento cotidiano”. Para tanto se faz importante combater as abordagens sociológicas e antropológicas donde “o reducionismo de que se

nutrem dilui todas as determinações estruturais e ontológicas da vida cotidiana, subsumindo-as ou num culturalismo que hipertrofia os seus conteúdos simbólicos ou numa sucessão de eventos manipulados que promove a evicção das reais (e operantes) possibilidades de intervenção dos sujeitos sociais” (Idem: 73). Segundo o mesmo autor, o tratamento conseqüente da vida cotidiana não é tanto função de um posto de vista de classe, mas não cabe negá-lo: fundamental é o “resgate e a recuperação críticos dos instrumentos teóricos acumulados no bojo da herança cultural da humanidade” (Ibidem: 74).

As questões hoje apontadas pelos assistentes sociais sobre o cotidiano de trabalho devem ser precedidas de uma reflexão desveladora sobre este, não tomando a aparência do cotidiano como critério de verdade e, logo, de adaptação do projeto ético-político profissional.

Conforme já sinalizado na introdução dessa tese, existem diversas pesquisas no Serviço Social que apontam para a não *implantação efetiva*, no cotidiano do trabalho desenvolvido nos serviços, do projeto ético-político do Serviço Social. Na apresentação indicamos duas hipóteses. Uma, a importância de se entender os determinantes do exercício profissional no âmbito do trabalho coletivo em saúde. A outra é que a incorporação deste projeto, não se dá por falta de conhecimento dos assistentes sociais, já que estes verbalizam esse compromisso; mas sim, de que não há uma internalização, de fato, pela categoria profissional, destes valores. Heller, ao pensar sobre a ética marxista, nos traz uma contribuição:

“Todo filósofo deve viver seus pensamentos, as idéias que não forem *vividas* não são efetivamente filosóficas. Semelhante princípio prevalece com especial vigor no caso da ética, e ainda mais particularmente no caso da ética marxista. A ética marxista é uma práxis, não pode existir sem uma realização prática, sem se realizar na prática de algum modo. Mesmo elaborada com base nos princípios teóricos de Marx, uma ética que se limite a contrapor-se passivamente ao atual mundo manipulado não passará de uma nova expressão, contemporânea, da ‘consciência infeliz’. A ética marxista só pode ser a tomada da consciência do movimento que se humaniza a si mesmo e humaniza a humanidade. Por isso, a ética marxista não depende só da compreensão e da aplicação correta dos textos de Marx: ela depende muito mais do desenvolvimento do movimento que a adote como moral.” (Heller, 1992: 121).

Parafrazeando Heller temos como desafio, enquanto conjunto da categoria profissional, não apenas entendermos, por meio do estudo – estratégia não menos importante de formação profissional – o projeto ético político profissional e os conhecimentos necessário que daí derivam. Devemos, se assim queremos, sobretudo, incorporar seus princípios éticos e, mais do que isso, construir estratégias concretas, e factíveis, de *viver* esse projeto ético-político profissional. Assim, quem sabe, poderemos ter uma *consciência feliz*, dentro e fora do trabalho, ou seja, na vida pública e na vida privada.

6. Desafios ao projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira

Essa tese busca refletir sobre o agir ético dos assistentes sociais que atuam na área da saúde. Conforme tratamos no capítulo anterior, o fazemos mesmo reconhecendo que não haja um Serviço Social para cada esfera de atuação ou para cada política social, uma vez que o fundamento da profissão é o seu trato com as diferentes expressões da questão social. Os assistentes sociais manejam conhecimentos específicos, a depender da área em que se inserem profissionalmente e que, mesmo não sendo fundantes na sua formação enquanto profissional, contribuem para a qualidade do seu serviço prestado nas áreas em que atuam. Na saúde, por exemplo, é importante o conhecimento sobre a saúde pública, sobre a legislação da área etc.

O conhecimento específico sobre cada área e/ou sobre a sua política social não é neutro. Para cada área – educação, justiça, movimentos sociais, criança e adolescente, etc – existem diferentes concepções, que se originam a partir de teoria e políticas diversas. Na saúde também. Conforme já vimos, a saúde – e a história dessa política no mundo e no Brasil expressa isso – tem diferentes concepções políticas que se materializam em distintos serviços e direitos. Nela, o projeto da reforma sanitária tem a sua origem na negação da política de saúde historicamente tratada no país e agravada na ditadura militar. Nas suas origens há duas grandes características, que são uma inovadora concepção de saúde (entendida como acesso a serviços e bens disponíveis na sociedade brasileira, mas usufruída por uma minoria) e a constituição de um serviço (a partir da concepção de saúde acima esboçada) estatal e público.

Assim, mesmo que distintos – uma vez que o projeto ético-político do Serviço Social é de uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social

que se materializa também como um serviço – ambos os projetos tem uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa.

Para que não haja dúvida vamos tomar aqui como análise duas expressões concretas destes projetos. Sobre o primeiro tomaremos os princípios do código de ética – uma vez que este, junto com a lei de regulamentação e as diretrizes curriculares, é um dos pilares deste projeto profissional. Sobre a saúde tomaremos os princípios do SUS, uma vez que estes na sua origem são proposições do movimento sanitário. Contudo, o SUS é uma estratégia inconclusa do projeto de reforma sanitária.

Os princípios do projeto ético-político do Serviço Social são:

“ **_Reconhecimento da *liberdade* como valor ético central** e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais:

_ Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

_ Ampliação e consolidação da *cidadania*, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;

_ Defesa do aprofundamento da *democracia*, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

_ Posicionamento em favor da *equidade e justiça social*, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

_ Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

_ Garantia do *pluralismo*, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

_ Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;

_ Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;

_ Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

_ Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero,

etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física” (CFESS, 1996. Grifos originais).

Já os princípios do movimento da reforma sanitária brasileira, incorporados ao SUS, são:

“_ **Universalidade**: a defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde;

_ **Descentralização**: a compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e do governo federal;

_ **Hierarquização**: que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas;

_ **Integralidade**: a compreensão de que o atendimento de saúde deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos neste processo, se dando notadamente na articulação entre assistência preventiva e curativa;

_ **Regionalização**: buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes;

_ **Participação popular**: a defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício do controle social.” (Matos, 2003: 98).

Evidentemente o projeto da reforma sanitária é mais amplo: aglutina diferentes profissões e formula uma política de Estado. O projeto ético-político do Serviço Social, por outro lado, não se encerra em uma preocupação corporativista e, sim, toma como central a função social da profissão Serviço Social na sociedade brasileira, rediscutindo o papel desse profissional, passando do seu histórico papel de controle para o de aliado à emancipação das classes subalternas. Ambos os projetos têm pontos em comum: defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático, dentre outros. Ambos os projetos são viáveis, uma vez que são frutos do solo histórico que vivemos; mas, sem dúvida, apontam para a importância da superação do capitalismo.

Contudo, somos sabedores que a conjuntura desde início dos anos 1990 é desfavorável para a efetivação dos dois projetos. O momento atual em que vivemos, desde a posse de Lula em 2002, é prenhe de grandes desafios para os projetos da reforma

sanitária e para o projeto ético-político do Serviço Social, uma vez que a perspectiva de um governo democrático e popular ganhava grande eco entre os defensores dos dois projetos. Contudo, a realidade mostrou um caminho bem diverso – conforme já falaram muitos, em alusão ao mote da campanha do Lula, a esperança deu lugar ao desespero. Atualmente existem importantes críticas ao governo.

Sobre o projeto da reforma sanitária a questão é mais complexa devido a dois fatores. O primeiro é a revisão de conceitos de várias lideranças do movimento sanitário. O segundo é o fato de que, por se materializar em um serviço, essa política, devido à realidade, sofre emendas e rasuras, donde no emergencial do cotidiano não é vista a busca de alternativas que garantam a manutenção dos seus princípios e sim a adaptação à ordem. Ou seja, revisionismo combinado com uma leitura da realidade, como se essa fosse imutável, são golpes para o projeto da reforma sanitária. Curiosamente o debate sobre esse revisionismo é lateral no movimento sanitário. As suas entidades representativas pouco discutem isso.

Sobre o projeto ético-político do Serviço Social tem surgido um fecundo debate sobre a factibilidade da sua existência frente aos impactos dos contornos do Governo Lula sob esse projeto (Braz, 2004 e 2007; Netto, 2004 e 2007; Boschetti, 2004 e 2007). Destes nos parece que dois argumentos diferentes são relevantes. Um que, ao analisar a expansão do ensino privado e do ensino à distância⁹⁶, bem como uma tendência de redução do Serviço Social à assistência social, afirma que ambos põem em risco a manutenção do projeto ético-político profissional. Outro que atenta que a conjuntura é adversa, mas que pela história de lutas da nossa profissão no Brasil podemos, claro que não sem marcas desse processo, sobreviver a essa maré montante, desde que nos mantenhamos atentos e em ação para isso.

Além da conjuntura inaugurada com o governo Lula, que reflete no projeto profissional, cabe lembrar o êxito, desde os anos noventa do século passado, da pós-modernidade e das correntes irracionistas que, de forma diferente, recuperam no Serviço Social traços do seu histórico conservadorismo.

⁹⁶ Em 10 anos o número de cursos presenciais de Serviço Social mais que duplicou; hoje são cerca de 250 cursos. Quanto aos cursos à distância hoje existem disponíveis em mais de 500 cidades, segundo levantamento do CFESS, com a frequência de milhares de alunos (Braz, 2007:8). Dados apresentados por Marilda Iamamoto, em 2007, no IV Seminário Nacional de Capacitação das Comissões de Orientação e Fiscalização dos CRESS's (apud Pequeno e Ruiz, 2007) mostram a seriedade do momento, pois são 46 cursos públicos e 207 privados. Deste universo, 16% das vagas são públicas, 47% das vagas não estão inseridas nas universidades e 30% das vagas se inserem no modelo de ensino à distância.

Em outro artigo já tratamos que a reação conservadora ao Serviço Social tem vindo com muita força pela área da saúde, sendo suas expressões: a proposta do Serviço Social clínico, a defesa de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina (que se expressa na criação de fóruns específicos sobre o Serviço Social na oncologia, na cardiologia, entre outros) e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função profissional sanitária, os assistentes sociais não se identificam mais como tal e se distanciam da função social de sua profissão na divisão social e técnica do trabalho (Bravo e Matos, 2004).

Atualmente há um debate se o projeto profissional está em crise ou não. Certamente ele está em disputa e numa conjuntura nacional delicada. Sujeitos históricos deste projeto estão lá, no governo. Outros estão cá, nas entidades do Serviço Social e na militância em outros espaços na defesa do aprofundamento do projeto ético-político do Serviço Social. E muitos tantos estão por aí, fazendo uma verbalização abstrata de defesa do projeto profissional. Essa defesa abstrata pode ainda ser alterada. Contudo, mesmo que *todos* os assistentes sociais internalizem os valores do projeto ético-político do Serviço Social, não significa que com isso conseguiríamos implementar com êxito esse projeto. Para isso se fazem necessário outros fatores, especialmente a realização de uma conjuntura favorável de aliança entre esse projeto profissional e o projeto societário. Mas a internalização dos valores desse projeto profissional, sem dúvida, já seria um grande avanço. Uma vez que o projeto profissional possui valores, e não desvalores, podemos recuperar aqui a importância e o caráter de semente que o valor traz em si:

“Nem um só valor conquistado pela humanidade se perde de modo absoluto; tem havido, continua a haver e haverá sempre ressurreição. Chamaria a isso de *invencibilidade da substância humana*, a qual só pode sucumbir com a própria humanidade, com a história” (Heller, 1992: 10. Grifos originais).

Compreendendo a pertinência dos valores emancipatórios da ética marxista, que em si é a essência do homem, e de suas expressões no projeto ético-político do Serviço Social e na leitura que fazemos dos princípios do projeto da reforma sanitária, entendemos o potencial criador que a internalização desses valores pode propiciar na luta pela democracia, pelos direitos humanos e pela liberdade.

* * *

Neste capítulo tratamos da importância, para o Serviço Social, da fundamentação teórica, sobre o que seja “ética”, “cotidiano” e “projeto ético-político profissional” e de como a tradição marxista pode ser importante para essa fundamentação. Buscamos ressaltar que essa fundamentação teórica não é abstrata. Ao contrário, toma a realidade com vistas a desvelá-la. A par disso refletimos sobre essas questões no exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde.

Esse capítulo se soma ao primeiro capítulo desta segunda parte da tese, onde foi tratada a questão do trabalho, do trabalho em saúde e do exercício profissional do assistente social na saúde.

Na próxima parte da tese desenvolveremos os resultados encontrados sobre o exercício profissional do Serviço Social no cotidiano de trabalho em saúde, a partir da análise de uma instituição de saúde por nós pesquisada.

Parte III:

Os desafios do cotidiano profissional na garantia de direitos. Que respostas dão e análises têm os assistentes sociais sobre a contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto.

Capítulo 1: A contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto: questões para o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde

Introdução: aproximações ao tema da pesquisa

Esse capítulo, diferentemente dos anteriores, não é iniciado com uma epígrafe referente a alguma questão do exercício profissional do assistente social. Isto não é casual: ocorre por que, nele, dialogaremos com depoimentos colhidos durante a elaboração dessa tese. Aqui, tais falas não são pontos de partida para as nossas indagações: são pontos de chegada. Constituem, possivelmente, início de novas reflexões, uma vez que toda produção científica gera novas perguntas, que poderão constituir outra pesquisa, de nossa autoria ou não.

Os capítulos anteriores tiveram como suas provocações questões que estudantes e profissionais de Serviço Social nos tinham apresentado e acreditávamos que mereciam um tratamento a ser dado pelo debate contemporâneo do Serviço Social.

O leitor que nos acompanhou, ao chegar a esse capítulo, sabe dos nossos pressupostos acerca da política de saúde brasileira; sobre nossa clara posição acerca da questão do aborto no Brasil; conhece nossa concepção de ética e compreende o que fundamenta a profissão Serviço Social e as suas particularidades na área da saúde. Mas, especialmente, tem profundo discernimento do referencial teórico que acompanha esta tese, a tradição marxista, tanto pelas reflexões que aqui fizemos pautadas diretamente nesta tradição – especialmente a discussão sobre o trabalho e a ética – como pela nítida compreensão de que é no momento presente em que se vive que se identifica as questões fundamentais para a elaboração teórica. Assim, tal elaboração não visa apenas o engrandecimento intelectual, mas também objetiva contribuir para a transformação do atual estado das coisas. Por isso a tese toma o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais como campo privilegiado. É pelo desvelamento desse que podemos contribuir, em melhores condições, para a capacitação / assessoria / interlocução com os profissionais de Serviço Social e, assim, contribuir para a qualificação – que esperamos ser permanente – das suas atuações profissionais.

O caminho que fizemos nos capítulos que antecederam não são meras expressões do nosso processo investigativo. Eles são resultados de temas que consideramos pertinentes debater, na atualidade, com os profissionais de Serviço Social e, no sentido mais amplo,

com nossos interlocutores coletivos – unidades de ensino, associações de profissionais, órgão de fiscalização do exercício profissional e associação de ensino e pesquisa – construtores do atual projeto ético-político profissional. Por isso os capítulos materializam expressões do nosso processo de exposição.

Essa tese é uma continuidade à direção investigativa que temos tomado. Na pesquisa para a dissertação de mestrado (Matos, 2000) tomamos como objeto de análise o debate do Serviço Social na saúde. Tínhamos, à época, o ímpeto de saber se os textos que fomentavam o debate nacional do Serviço Social (expresso no maior congresso da categoria – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – e na revista de maior circulação do país – Serviço Social e Sociedade, publicada pela Cortez Editora) possuíam relação com dois projetos fundamentais para a democratização do Estado e da sociedade brasileiros, que são o projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social.

Observamos que ambos os projetos possuem ressonância na produção dos assistentes sociais sobre a saúde. Entretanto, nos poucos textos que tratam do cotidiano essa ressonância é substituída por um distanciamento. Ademais, a dissertação constatou que os assistentes sociais que atuam nos serviços foram, paulatinamente, uma minoria na apresentação de trabalhos nos congressos. O que remete à pergunta: como está o trabalho dos assistentes sociais no cotidiano, ou nos termos de Yazbek (2001), no tempo miúdo?

Buscando aprofundar esse viés de análise, continuamos a desenvolver reflexões e pesquisa bibliográfica sobre o Serviço Social na saúde. O contato com alguns autores que refletiam genericamente sobre a profissão na área da saúde⁹⁷, nos possibilitou perceber que estes chegavam a conclusões parecidas: um avanço teórico da profissão, mas poucas inovações significativas no cotidiano de trabalho⁹⁸.

Em tempos recentes retomamos a leitura de duas produções (Costa, 2000 e Vasconcelos, 2002), que consideramos significativas, por tratarem do exercício profissional no cotidiano dos serviços de saúde. Neste processo também tomamos contato com a dissertação de Dahmer Pereira (2002) que trabalha dados da pesquisa feita originariamente como roteiro de visitas da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS 7ª Região. Essas três pesquisas – todas feitas no âmbito das pós-graduações em

⁹⁷ Consultamos o catálogo de teses e dissertações em Serviço Social, catalogados pela professora Nobuco Kameyama, desde 1976 a 1996. Sobre o período de 1997 a 2004 consultamos o portal na internet da CAPES. Em ambas as fontes de pesquisa selecionamos aqueles trabalhos que tratam do cotidiano profissional nos serviços de saúde. Pudemos observar que entre 1976 e 1996 a grande maioria da produção não refletia sobre o Serviço Social e muitas eram tratadas em “subáreas” do campo da saúde, notadamente por meio de patologias ou clínicas. Entre 1997 e 2004 identificamos dezoito produções que tratam do exercício profissional na área da saúde de forma genérica.

⁹⁸Esse momento da pesquisa foi sistematizado em um artigo que publicamos (Bravo e Matos, 2004).

Serviço Social – apontam diferentes e importantes problemas identificados no exercício profissional, a partir da fala do próprio profissional de Serviço Social. Na leitura por nós realizada destacamos as seguintes questões:

- em geral não há espaços de estudos e reuniões (quando existem são apenas de cunho administrativo / burocrático) e isso propicia a não discussão sobre o trabalho desenvolvido, o não planejamento e a não realização de pesquisas (Costa, 1998; Vasconcelos, 2002; D. Pereira, 2002);

- a maioria das equipes de Serviço Social reproduzem uma rotina tradicional do exercício profissional que se revela pela quase exclusividade de atendimentos individuais e a negação, na prática, mesmo que presente no discurso, da realização de outras atividades (Idem);

- ao manterem a rotina intacta, em uma realidade em ebulição, os assistentes sociais não conseguem, em sua maioria, captar novas e potenciais demandas (Vasconcelos, 2002) – mantendo uma rotina avassaladora de trabalho, em que não sobra tempo para mais nada – ou desenvolvem inúmeras ações consideradas como exceções, que de exceções não têm nada (Costa, 2000).

- ao trabalharem de forma pouco crítica frente às demandas, imediatas e potenciais, de trabalho, os assistentes sociais acabam identificando como demandas em potencial aspectos que são apenas fenomênicos. O cotidiano de trabalho na instituição, nesse sentido, é entendido apenas na sua superficialidade. Daí a importância do entendimento da “vida cotidiana”. Exemplo disso estão, por exemplo em, D. Pereira (2002), que sistematizou dos assistentes sociais um quantitativo expressivo de reclamações sobre a violência dos usuários sobre os assistentes sociais. Escapam, destes, os fatos de que a agressão do usuário está vinculada a sua reação à qualidade do serviço e que os assistentes sociais sofrem com isso devido à forma como está estruturada a instituição, onde o setor de Serviço Social é literalmente a “porta de entrada” da unidade de saúde;

- os profissionais de Serviço Social falam como fazem, mas não conseguem, em geral, qualificar. Assim, falam, por exemplo, que fazem entrevistas e grupos (Vasconcelos, 2002), mas não em qual perspectiva. Parece-nos que os profissionais ainda dão uma independência aos instrumentos e técnicas, como se não tivessem ligação com a opção teórica adotada.

Lendo esse material recuperamos duas constatações, por nós já identificadas, sobre as dificuldades de implantação do projeto ético-político do Serviço Social e do projeto da Reforma Sanitária nos serviços de saúde.

A primeira constatação é a importância de se decodificar o trabalho coletivo em saúde, pois é nele em que se dá o exercício profissional dos assistentes sociais. Isso, apesar de óbvio, tem sido lateralizado por importantes produções que tratam sobre o tema. Assim, a nosso ver, o Serviço Social, na sua maioria, ao ainda reproduzir uma análise endógena sobre a profissão, não consegue fazer uma leitura adequada (e, portanto, também não consegue propor alternativas) sobre as condições objetivas de trabalho dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Daí a pertinência da reflexão que realizamos em capítulos anteriores sobre os determinantes da política de saúde no Brasil e, especialmente, sobre a atuação do profissional de Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde.

A outra constatação é que os assistentes sociais, apesar de verbalizarem um compromisso com os citados projetos, apresentam imensa dificuldade de possuir, de fato, os valores destes projetos. Valores não são apenas escolhas para um ou outro local de trabalho e nem desassociados da vida privada, pois para serem realizados necessitam ser internalizados. Por isso empreendemos, também em um outro capítulo, reflexões sobre ética, moral e vida cotidiana, bem como sobre os fundamentos do projeto ético-político do Serviço Social.

Essa pequena amostra da produção acadêmica sobre o exercício profissional do Serviço Social na saúde informa que existem na profissão contribuições que podem ser entendidas como indicadores que apontam os “nós” do Serviço Social neste campo profissional, que indicam a importância de se refletir criticamente sobre o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais nos serviços de saúde e, especialmente, apresentar proposições para os problemas que emergem deste cotidiano, uma vez que a produção do conhecimento não deve se justificar apenas na busca de novas descobertas e sim também contribuir para a mudança da realidade.

Entendemos que uma pesquisa sobre o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde deve ter um eixo de análise, pois dentro da magnitude do tema e das questões tratadas nesse cotidiano corre-se o risco do pesquisador se perder. Por isso definimos dois temas que consideramos relevantes, que se referem aos direitos e à ética, que são a luta pela efetivação do direito à saúde, consubstanciado no SUS, e a questão do aborto que, mesmo sendo considerado um crime não impede que muitas mulheres se submetam a esse procedimento – reconhecendo, ainda, que a polêmica que envolve esse tema é certamente propício para a reflexão sobre a ética.

Os dois temas – contra-reforma do Estado na saúde e criminalização do aborto – não foram escolhidos à esmo. Sobre o primeiro atuam todos os assistentes sociais na saúde.

Inúmeras são as demandas de ação com vistas a garantir a inclusão do usuário no SUS, tarefa dificultada pela citada contra-reforma. Disso derivam muitos procedimentos profissionais para garantir esse direito constitucional frente à realidade de implementação das políticas sociais. Por sua vez, o aborto é um tema polêmico, pouco refletido nos serviços de saúde por ser considerado um crime, mas sempre presente na dinâmica de atendimento daqueles serviços que possuem maternidades com atendimento de emergência.

Trazer uma reflexão tendo como eixo o impacto da contra-reforma na saúde e da criminalização do aborto é pôr, também, no centro da reflexão o usuário do Serviço Social como sujeito. Ao refletirmos junto com as entrevistas sobre os efeitos perversos dessas duas questões, estaremos, possivelmente, trazendo uma atenção para aqueles que se submetem dia após dia ao desafio da garantia de um serviço público de saúde com resolutividade para as suas necessidades. O aborto sai do campo que meramente identifica quem lhe é contra ou a favor e ganha a dimensão do impacto da vida de muitas mulheres. Isso nos faz trazer uma reflexão sobre o homem, o ser humano, como um ser historicamente determinado e capaz de ser um sujeito de escolha. Por isso a reflexão que desenvolvemos sobre a ética é tão cara. Na nossa concepção ética o homem é resultado da sua auto-construção e ao dominar a natureza se constitui como tal. Ao tentar dominar o cuidado com sua saúde e o controle sobre seu processo reprodutivo, homens e mulheres estão – em outras bases, uma vez que, como tratamos, o homem se distanciou cada vez mais da sua genericidade – dando continuidade ao seu domínio sobre a natureza e ao seu processo de diferenciação dos outros seres existentes.

Tomando o conjunto de questões até aqui tratadas nesse capítulo é que levantamos algumas perguntas.

A primeira refere-se as dificuldades do dia-a-dia de efetivar os direitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. Como atuam os assistentes sociais sob o contingenciamento dessa política? Isso interfere no seu trabalho? Consideram que isso interfere na vida dos usuários? Se sim, identificam alguma alternativa?

A segunda refere-se a um tema polêmico, impossível de se aglutinar em termos de uma polarização entre esquerda e direita, que é a questão do aborto. Contudo, trabalhadores de saúde sabem do impacto de sua prática clandestina, tanto na demanda por curetagem nas maternidades, como por ser um tema tratado, muitas das vezes indiretamente, pelas mulheres nas atividades de planejamento familiar. Será que os assistentes sociais consideram a questão do aborto um problema significativo de saúde

pública? Se sim, identificam algo que possa ser realizado? Que análise fazem da criminalização do aborto? E essa criminalização, a seu ver, tem algum impacto na vida dos usuários? Como essa questão rebate na ética profissional?

Enfim, por meio de questões relacionadas aos direitos e à ética podemos refletir sobre o conteúdo do exercício profissional dos assistentes sociais. Questões polêmicas levam-nos a nos colocar diante de nossos próprios conceitos e possibilitam uma reflexão sobre nossa visão de mundo e nossa ação. Refletir acerca dos direitos, formalmente não questionáveis por nenhum segmento da sociedade e nem pelo Estado, como o direito ao SUS, mas de fato não efetivos, também nos fazem pensar sobre a realidade. Quando refletimos sobre temas tão complexos, podemos mexer mesmo com nossos conceitos arraigados, seja para confirmá-los ou para questioná-los. E isso indefectivelmente repercute na nossa ação profissional. Portanto, acreditamos que essa pesquisa pode contribuir para o repensar e o aperfeiçoamento do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde.

Uma vez definidos os eixos da pesquisa passamos a nos questionar sobre o universo da mesma. Tínhamos a clareza de que nos interessava realizar a pesquisa em um serviço de saúde público e estatal com atendimentos emergenciais no setor de maternidade e que realizasse atendimentos às mulheres interessadas em planejarem a sua reprodução. Não poderia ser uma unidade de saúde com o programa de aborto legal, uma vez que pretendíamos tratar do aborto no âmbito da problemática da sua criminalização, com vistas a saber quais interferências isso tem no exercício profissional do assistente social.

Além dessas características gerais sobre o serviço de saúde a ser pesquisado, sabíamos que era fundamental o tipo de inserção que tínhamos na instituição, por dois motivos. Primeiro: para apreender o que objetivávamos era importante conhecer a dinâmica da instituição e do fluxo de trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais. Isso não se consegue captar, apenas, em entrevistas. Era necessário viver, na perspectiva investigativa, o serviço a ser pesquisado. Segundo: a importância de se efetivar uma relação de confiança por parte dos profissionais a serem pesquisados acerca da relevância da pesquisa e sobre o pesquisador.

Na mesma fase em que vivíamos o processo de reflexão sobre que instituição seria pesquisada fomos convidados a assessorar a equipe de Serviço Social de um grande

hospital público do Estado do Rio de Janeiro. Essa experiência nos possibilitou uma reflexão a mais sobre o que vínhamos escrevendo sobre assessoria⁹⁹.

O hospital em que realizamos a assessoria preenchia nossos requisitos para a pesquisa: havia atendimentos de emergência na maternidade e também atividades de planejamento familiar com a inserção de assistentes sociais. Junto a isso se somou o aprofundamento de estudos sobre a assessoria. Assim, constituímos um processo de pesquisa pautado na inserção do pesquisador na qualidade de assessor da equipe de Serviço Social. Em virtude dessa particularidade, e com vistas a clarear o que entendemos por assessoria, faremos um breve apanhado sobre o tema.

1. A pesquisa num contexto de uma assessoria

A bibliografia do Serviço Social brasileiro sobre assessoria é recente e marcada, na sua maioria, por reflexões sobre experiências que, geralmente ricas, são permeadas por uma imprecisão sobre o tema e pela ausência de referência teórica sobre o assunto. Percebemos, em geral, uma nebulosa compreensão de assessoria, ora entendida como supervisão profissional, ora como trabalho interventivo junto a comunidades ou movimentos sociais, ora como militância política. Longe de ser uma mera questão epistemológica, entendemos como importante o desvelamento do que estamos, na categoria profissional, chamando de assessoria e também de consultoria.

A importância de uma reflexão sobre assessoria / consultoria para o Serviço Social se dá pelo fato de que a maioria da produção teórica sobre o tema tem sido, em geral, realizada em outra área do conhecimento – o campo da administração de empresas – com vistas à maximização do lucro, pressuposto muito distante do atual projeto profissional do Serviço Social, mas que tem espaço na bibliografia de alguns planos de aula e em textos de Serviço Social sobre o assunto. Portanto, a reflexão conceitual sobre o tema é importante com vistas a subsidiar o debate e a produção sobre a assessoria / consultoria no âmbito do Serviço Social brasileiro e do seu projeto ético-político.

Quando falamos de assessoria e de consultoria na categoria profissional estamos nos remetendo a quais conceitos e com quais objetivos?

⁹⁹ Entre 2002 e 2004 ministramos na Faculdade de Serviço Social da UERJ a disciplina “Processo de Trabalho do Serviço Social V” que trata dos temas assessoria e consultoria. Por isso desenvolvemos um projeto de pesquisa e de extensão sobre o tema, do qual um resultado é o livro que organizamos: Bravo e Matos (2006).

Se observarmos a origem da palavra (Ferreira, 1999), podemos entender que assessoria é aquela ação que visa auxiliar, ajudar, apontar caminhos, não sendo o assessor um sujeito que opera a ação e sim o propositor desta, junto a quem lhe demanda esta assessoria.

“Assim, definimos assessoria / consultoria como aquela ação que é desenvolvida por um profissional com conhecimentos na área, que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alteração da realidade. O assessor não é aquele que intervém, deve, sim, propor caminhos e estratégias ao profissional ou à equipe que assessora e estes têm autonomia em acatar ou não as suas proposições. Portanto, o assessor deve ser alguém estudioso, permanentemente atualizado e com capacidade de apresentar claramente as suas proposições.” (Matos, 2006).

A distinção entre assessoria e consultoria é mínima. Consultoria vem da palavra consultar, que significa pedir opinião. Portanto, consultoria é mais pontual que assessoria uma vez que esta remete a idéia de assistir. Conforme distingue Vasconcelos (1998):

“Freqüentemente para que uma equipe ou assistente social solicite um processo de consultoria, é necessário que já tenha passado, ainda que precariamente, pela elaboração de um projeto de prática, objetivando, com a consultoria, respostas para algumas questões pontuais que dificultam o encaminhamento do mesmo” (Vasconcelos, 1998: 128).

“Os processos de assessoria são também solicitados tanto por uma equipe como por indicação externa, mas neles nos deparamos com uma realidade diferente. As assessorias são solicitadas ou indicadas, na maioria das vezes, com o objetivo de possibilitar a articulação e preparação de uma equipe para a construção do seu projeto de prática por meio de um *expert* que venha assisti-la teórica e tecnicamente” (Idem: 129).

Sobre o processo de assessoria, entendemos que o primeiro ponto a ser tratado pelos assessores é o desvelamento do porquê da assessoria. Em geral, uma assessoria, quando é solicitada, é por que o profissional, a equipe ou movimento social identifica a necessidade de alguma mudança. Por isso Vieira (1981), na concepção tradicional, trata da importância da assessoria na mudança de hábitos e depois de congelamento das ações julgadas corretas para aquelas equipes que se assessora. Assim, o assessor propõe a solução por meio da

correção de problemas¹⁰⁰. Contudo, a assessoria pode ser entendida, sim, como um processo que gera mudança, mas a partir de uma relação onde assessores e assessorados possuem distintas contribuições a serem dadas. Isso fica claro no texto de Vasconcelos (1998) quando a autora propõe que a Universidade desenvolva assessoria às equipes de Serviço Social por meio do estágio supervisionado. Esse processo se dá como uma troca de saberes diferenciados, onde a Universidade tem, ou teria, um papel na formação profissional continuada. Portanto, não necessariamente a assessoria é apenas para aqueles sujeitos ou equipes com problemas e, sim, um processo, que pode ser continuado, de aperfeiçoamento da ação desenvolvida pelos assessorados. O assessor, na sua privilegiada posição de agente externo e a partir da sua capacidade profissional, pode contribuir apontando caminhos e auxiliando a desvelar de questões que a equipe e o profissional, sozinhos, não podem identificar.

Assim, este primeiro passo não é pouco importante: é um momento onde o assessor ou a equipe de assessoria clareiam para si, na realidade, a concepção política e teórica de assessoria. Contudo, não basta isso estar claro para o assessor, é importante também que o esteja para quem será assessorado. É necessário que os assessores tomem muito cuidado com as demandas que inicialmente são solicitadas. Não que estas estejam erradas, mas quase sempre são apenas expressões, partes fenomênicas, da demanda real de assessoria. Para tanto, faz-se necessário, por parte da assessoria, um profundo estudo da realidade, de preferência em conjunto com a equipe que será assessorada. Só a partir daí é que se poderá construir conjuntamente, com quem se assessora, um projeto de assessoria, onde aquelas demandas originais e outras serão debatidas, pactuadas e outras serão apresentadas.

Esse processo de estudo da realidade pode ser desenvolvido por meio de diferentes procedimentos. Vasconcelos (1998), pensando em equipes de Serviço Social, propõe alguns eixos que, acreditamos, também podem contribuir para outras frentes de assessoria, que são: conhecimento do estágio da equipe quanto à projeção do espaço profissional (existência ou não de projetos, tipos de leituras feitas, levantamentos desenvolvidos etc) e dos seus registros de prática (relatórios, artigos, estatísticas etc); qual o tipo de relação – eventual ou não – com a Academia; expectativas da equipe sobre a assessoria/consultoria; qual o tempo disponível para as atividades que envolvam projetar, sistematizar e analisar o fazer profissional; o número de profissionais interessados na assessoria *versus* o contingente total de profissionais; a inserção quantitativa e qualitativa dos profissionais nos

¹⁰⁰ Essa concepção vem da área da administração de empresas, daí a semelhança com a tradicional obra de Block (1991).

projetos; e a existência de recursos institucionais destinados à realização de cursos, pesquisas, levantamentos, aquisição de bibliografia etc.

É somente a partir do delineamento teórico-político da proposta de assessoria, da pesquisa sobre a instituição ou dos movimentos sociais ou das condições de vida dos usuários de algum serviço, que os profissionais de Serviço Social poderão iniciar o processo de assessoria e consultoria, que se dará, como já sinalizado, por meio de um projeto cujo processo será discutido em conjunto com quem será assessorado.

Esse processo inicial é fundamental. Por vezes há a tentação de “pôr logo a mão na massa”, ou seja, iniciar logo a assessoria, sobretudo pela habitual ansiedade de quem será assessorado. Contudo, esta fase é fundamental, pois, invariavelmente, os assessorados apresentam demandas de assessoria que não são as reais, como, por exemplo: as equipes de Serviço Social, em geral, solicitam assessoria para a elaboração de pesquisas, quando ainda se faz necessária uma discussão sobre o seu trabalho profissional e a importância da sistematização da prática (Almeida, 2006); empresas solicitam assessoria para a adesão dos trabalhadores a mudanças, quando no fundo é importante uma discussão sobre a reestruturação produtiva e, assim, desvelar o impacto da atual forma de produção na vida do trabalhador (Freire, 2006); conselheiros de saúde reivindicam cursos de capacitação, enquanto que o fundamental é a discussão da organização política e articulação junto às bases (Bravo e Matos, 2006a). Esses são exemplos reais tirados de artigos sobre assessoria, e que serão retomados.

Uma vez definidos os pressupostos da assessoria, cabe o início do processo em si. Essa etapa, talvez a mais importante, é a operacionalização das intenções. É preciso ter claro que o assessor não é um porta-voz do que deve ou não ser feito. Não está em cena, aqui, a figura de um assessor que estuda a realidade, ouve e acolhe as sugestões de quem o contratou, que propõe alterações do fluxo de trabalho e depois busca convencer quem assessorar a congelar as suas ações para que assim possa ter o perfeito desempenho.

Ao contrário, o processo de assessoria é cotidianamente construído com os sujeitos fundamentais – os assessorados – e estes têm autonomia em acatar ou não as proposições da assessoria. Esse processo deve ser franco e aberto, por ambos os lados. O assessor é um sujeito propositivo, mas que só terá êxito nesta atividade se tiver interlocução com quem assessorar. Para tanto, fundamental é a adoção de estratégias de trabalho participativas.

Esse tema, muito caro para o Serviço Social, tem sido lateralizado, sendo exceção recente a produção de Abreu (2002). A análise da citada autora é interessante, pois faz uma leitura crítica da dimensão educativa que o profissional de Serviço Social tem, já que

identifica diferentes concepções de prática educativa, desde a que busca manter controle sobre a população até a que busca contribuir para a emancipação das classes subalternas, perspectiva certamente defendida pela autora. Contudo, se pouco se tem produzido no Serviço Social sobre práticas participativas, as experiências de assessorias – especialmente as pautadas nos princípios do atual projeto ético-político do Serviço Social – têm, freqüentemente, lançado mão dessas estratégias.

Almeida (2006), na sua experiência de assessor a equipes de Serviço Social, ao se encontrar com a demanda de pesquisa, tem provocado uma reflexão sobre o trabalho profissional; para tanto, lança mão da construção de um fluxograma da trajetória do usuário nos serviços. Assim, identifica o autor – junto com a equipe que assessora – diferentes lacunas do trabalho coletivo (portanto, não só da atuação profissional dos assistentes sociais) que, em geral, impactam negativamente na vida do usuário e que devem ser tratadas, antes mesmo da constituição de equipes de pesquisa. Nesse processo, segundo o autor, várias das lacunas são enfrentadas por meio da capacitação, no bojo do processo de assessoria.

Freire (2006) toma como referência as solicitações de empresas para assessoria na implantação de novos projetos ou de reestruturações, onde a demanda está na busca de adesão dos trabalhadores ou na construção de um controle diferenciado destes, muitas das vezes aparentando um controle social de fato. Neste tipo de assessoria é também importante que o assessor desvele a demanda original (por exemplo, a suposta busca de participação dos trabalhadores). Essa assessoria se dá, explicitamente, num espaço contraditório, tendo empresários e trabalhadores com interesses distintos e, como tal, espaço passível de conflitos e de consensos, a partir da aliança ou tensão em determinados aspectos, que podem ou não ser negociados. A par de sua capacidade profissional – mesmo com a relativa autonomia que aqui detém – o assistente social assessor poderá contribuir efetivamente para o favorecimento dos interesses dos trabalhadores. Em todo esse processo, a autora trabalha com a “pesquisa-ação” ou “pesquisa participante”, onde os assessorados participam de todo o processo de assessoria, como o levantamento das informações e a análise institucional. A autora faz uma defesa destes instrumentos, entendidos como meios de trabalho importantes para a constituição de sujeitos políticos (Freire, 2006).

Bravo e Matos (2006a) relatam que, a partir da demanda, geralmente em torno da solicitação de capacitação de conselheiros, iniciam junto com os solicitantes uma problematização sobre o tema. O que está no cerne é a desmistificação de que a

capacitação resolveria problemas que são de ordem da política. Por outro lado os autores sabem, contraditoriamente, do potencial da capacitação e, por isso, na maioria das vezes a desenvolvem. Mas o fazem num contexto de assessoria, com discussão dos conteúdos do curso, e não como uma ação episódica. O curso costuma ser uma atividade, junto com outras, como a construção de planos municipais de saúde, por exemplo. Por isso estratégias importantes têm sido o recurso ao planejamento estratégico-situacional e à pesquisa participante. O curso é uma estratégia de articulação entre os militantes, tanto que, não por acaso, em geral, em seu encerramento têm-se criado fóruns populares de políticas públicas. Muitos não vão à frente, mas isso está vinculado ao potencial da participação política na atualidade.

Os exemplos acima demonstram a riqueza das possibilidades de estratégias participativas. Estas devem ser criativas, e não normativas, sendo a realidade e os objetivos quem determinam como e de que forma tais estratégias se efetivam. Assim, a centralidade cai sobre o sujeito que a empreende, pois são o referencial teórico e os objetivos que determinam a escolha de uma ou outra técnica. Esse raciocínio fica claro com os aportes de Guerra (2000), quando lembra que, a partir da necessidade de transformar a natureza, o homem define por quais meios o fará e constrói os instrumentos de trabalho necessários. Analogia que podemos tomar para a reflexão sobre o porquê de determinada técnica ou metodologia.

Uma vez atingido o objetivo, principal ou não, da assessoria, esta não necessariamente acaba. Entendemos que o processo pode ter continuidade ou não. Afinal, na nossa concepção não está em cena uma adaptação a um modelo ideal de atuação. A realidade é dinâmica e apresenta permanentemente desafios que podem ser melhor encarados por meio da troca de conhecimentos que a assessoria propicia. Importantes espaços para isso são as avaliações que devem ser periodicamente realizadas.

O assessor, muitas das vezes, apresentará proposições que não serão aceitas por quem esse profissional assessoria. Isso é previsível, pois o assessor não possui a prerrogativa de ser executor de ações. Mas isso não quer dizer que o assessor seja um sujeito neutro. Ao contrário, se o profissional é credenciado para ser assessor é por que há um reconhecimento da sua capacidade. Assim, como a premissa da crítica é um pressuposto da democracia, é importante que o assessor não se omita e indique seus argumentos favoráveis ou não a tal ação. O espaço para a crítica, de ambos os lados, deve ser garantido e estimulado.

Acreditamos que todo o processo da assessoria – planejamento, desenvolvimento, seus impasses, avanços, etc – deve ser avaliado e registrado. Há um conjunto de conhecimentos que a prática da assessoria gera e que merece ser socializado. Assim, se o assessor estiver atento, pode – também em conjunto com quem assessora – construir documentos com diferentes perfis e profundidades, como textos educativos, panfletos e artigos. Esse material deve alimentar o conhecimento acadêmico, mas, em especial, deve ser socializado com os sujeitos fundamentais deste processo, que são as equipes ou profissionais assessorados.

Foi a partir dessa concepção de assessoria que entramos em campo. Neste, definimos uma frente de pesquisa própria, que é o objeto dessa tese. Assim, o mesmo foi discutido com a equipe de Serviço Social do hospital. Em virtude do objeto da tese foram selecionadas as assistentes sociais que lidam com os assuntos, ao todo três. Após a concordância das futuras entrevistadas, o projeto foi cadastrado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital. No próximo item iremos caracterizar a unidade de saúde e o trabalho desenvolvido pelo conjunto dos assistentes sociais.

2. Sobre o Hospital e o Setor de Serviço Social

O hospital onde a pesquisa foi desenvolvida, doravante denominado simplesmente “hospital”, é uma grande unidade de saúde localizada no Estado do Rio de Janeiro, situa-se em uma região estratégica para acesso de moradores de outras cidades, além da população do próprio município onde esse hospital está localizado. É uma grande unidade de saúde e isso se reflete nos números de atendimentos que, mesmo em diminuição – devido à tendência recente de transformação do hospital em unidade de referência para casos mais complexos de atendimento à saúde – é expressão da magnitude do volume de trabalho. Em virtude da unidade de saúde ainda ser uma referência, e também uma necessidade, para a população, muitos atendimentos ainda são realizados fora desse perfil. Essa questão, provavelmente, não é uma exclusividade do hospital e sim está ligado diretamente à constituição do SUS na região.

O setor de Serviço Social é antigo no hospital, mas não existe conhecimento sobre o registro da sua história¹⁰¹, sendo provável que tenha contado com assistentes sociais desde a sua criação ou próximo disso.

¹⁰¹ No processo de assessoria indagamos a equipe sobre a história do setor e não obtivemos resposta. Também consultamos a biblioteca do Centro de Estudos do hospital, a listagem do acervo do CBCISS sobre

Com a criação do SUS o hospital viveu sob diferentes modelos de gestão e de contratação dos seus recursos humanos¹⁰². Recentemente, com a realização de concurso público, quase todos os profissionais de Serviço Social passaram a ter seu vínculo de trabalho regido pelo Regime Jurídico Único (RJU), exceto um setor do hospital que possui uma organização distinta, à parte, do Serviço Social, tanto de gestão como de modelo de contrato. Essa cisão é tão forte que esse grupo de assistentes sociais, mesmo que convidados, participaram apenas uma vez da atividade de assessoria que prestávamos. Em virtude de ser um setor isolado a qual não tivemos acesso trataremos de caracterizar a equipe de Serviço Social excetuando-o. Hoje o Serviço Social do hospital conta com 24 assistentes sociais concursados, sendo que um ocupa o cargo de chefia do setor. Desse total 20 assistentes sociais atuam, em média, há dois anos no hospital e os outros 04 trabalham, em média, há vinte anos.

Tomando como referência 19 assistentes sociais que responderam ao questionário sobre o “perfil dos assistentes sociais” (ver anexo) podemos observar que, em média, os profissionais se formaram há doze anos, sendo que 48% se formou na 1ª década do século XXI, 26% na década de 90, 16% na década de 80, 5% na década de 70, e 5% não informou. Em relação à unidade de formação constatou-se que 84% destes profissionais se formaram em universidades públicas e 16% em particulares, sendo todas as universidades localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro.

Logo, os profissionais de Serviço Social do hospital são majoritariamente jovens, a maioria estudou em cursos públicos de Serviço Social – que são referências no debate profissional – e quase metade se formou no currículo preconizado pelas atuais diretrizes curriculares para a área de Serviço Social.

Verificou-se, também, que a média do tempo de exercício profissional é de 9 anos. No que tange a experiências anteriores na área da saúde, 68% dos assistentes sociais relataram possuir experiências anteriores nesta área. Constatou-se, também, que 47% dos profissionais trabalham em outro lugar, sendo que deste quantitativo 67% têm seu outro vínculo profissional também na área da saúde.

Sobre a inserção no mercado de trabalho é importante refletir sobre o fato de dois terços dos assistentes sociais terem outro emprego. Isso expressa um tendência

“Serviço Social Médico” e anais antigos dos Congressos Brasileiros de Serviço Social e nada encontramos. Como desdobramento dessa fase da pesquisa elaboramos uma comunicação sobre o debate da saúde nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, cf: Matos, 2008.

¹⁰² O Estado do Rio de Janeiro foi um dos que mais adiou a implementação do SUS (Bravo e Menezes, 2007a).

relativamente recente, fruto de uma estratégia de sobrevivência por parte dos profissionais, que implica uma sobrecarga de trabalho e a impossibilidade de dedicação exclusiva a uma única instituição.

No que tange à capacitação continuada, 63% dos assistentes sociais tem pós-graduação, inclusive alguns com mestrado, sendo que deste universo 67% possui pós-graduação na área da saúde. Acerca da participação em eventos nos últimos 3 anos constatamos que 89% dos profissionais deste grupo têm participado de eventos.

É possível afirmar, assim, que trata-se de um grupo de profissionais de Serviço Social que investe em sua formação profissional, provavelmente atualizados e com estudos direcionados para a área em que atuam, a saúde.

Esses profissionais de Serviço Social – na sua maioria jovens, qualificados academicamente e com estabilidade empregatícia – atuam no hospital nos seus diferentes setores. Tendo como referência os 23 assistentes sociais (excluindo o profissional que está na chefia e os outros assistentes sociais que atuam juntos em um setor específico do hospital e que não participam do cotidiano dessa equipe de Serviço Social) podemos observar que 09 atuam nas enfermarias do hospital, 05 na emergência, 04 nas enfermarias e nos ambulatórios (atendendo os usuários da mesma clínica médica) e 05 exclusivamente nos ambulatórios.

A inserção dos profissionais, em sua maioria, nos setores de internação responde à estrutura da unidade hospitalar de privilégio desse atendimento. Também não se diferencia da forma tradicional de inserção dos assistentes sociais na saúde, uma vez que a maioria das pesquisas vem apontando que é no processo de internação que se concentra a maioria dos profissionais de Serviço Social (Bravo, 1996; Costa, 2000; Vasconcelos, 2002).

A instituição possui quatro grandes frentes de atuação do Serviço Social: o trabalho desenvolvido na emergência; o trabalho nas enfermarias; o trabalho em poucos ambulatórios; e o plantão, atividade em comum para todos os profissionais, exceto para os que atuam na emergência.

Na emergência os assistentes sociais atuam em sistema de plantão; a cada dia um assistente social trabalha, exceto um profissional que divide a sua carga-horária em quatro dias. A maioria dos atendimentos são realizados na sala do Serviço Social, em virtude de encaminhamento dos outros profissionais ou por procura espontânea. Não há um projeto escrito e a equipe não conseguiu, ainda, eleger prioridades no seu exercício profissional. Contudo, a equipe se reúne, em média, uma vez por mês, não havendo alocação de carga horária para isso, e apresenta interesse em aperfeiçoar o trabalho desenvolvido.

Nas enfermarias os assistentes sociais possuem lotação quase que individual, ou seja, são, exceto em um setor, os únicos assistentes sociais a integrarem a equipe de saúde. Na sua maioria, os assistentes sociais não possuem uma rotina de trabalho estabelecida. Como na emergência atuam a partir das demandas que surgem a cada dia, na maioria das vezes, provocadas por encaminhamento de outros profissionais de saúde ou pela procura espontânea dos usuários. Contudo, o exercício profissional também acontece, na mesma instituição, de forma mais calma, havendo possibilidade de reflexão, como sessões de estudos na supervisão de estágio e a realização de eventos. Na organização de eventos a equipe também se depara com dificuldades advindas da burocracia, como a demora da elaboração do cartaz, mas expressa uma atividade de formação realizada no hospital.

A atuação dos assistentes sociais nos ambulatórios se dá de duas formas: em articulação com o trabalho realizado pelo próprio profissional nas enfermarias (logo, atuam na mesma clínica) ou, no caso de uma minoria, exclusivamente no ambulatório. O trabalho no ambulatório, em geral, se dá pela realização de grupos, onde a questão da prática educativa é mais ressaltada e fruto de gratificação profissional, em geral.

O plantão do Serviço Social, realizado na sala da chefia do Serviço Social, é uma atividade em comum a todos os assistentes sociais, exceto para os que atuam na emergência, conforme já sinalizado, sendo desenvolvido uma vez por semana, em um turno, por cada assistente social. Sua existência se origina, pelo menos, a partir de três situações: devido à procura espontânea da população pelo atendimento do Serviço Social; pela falta de profissional específico em determinados setores, o que leva os usuários a buscarem o profissional de Serviço Social no plantão; ou daqueles usuários já atendidos por algum assistente social, mas que não se encontra naquele horário no hospital.

De todas as frentes de trabalho é o plantão a mais debatida pela equipe; alguns questionam a sua existência e a maioria propõe a sua reformulação, não sabendo, ao certo, como fazê-lo. Em comum, os assistentes sociais registram reclamações sobre esse espaço de atuação e possuem intenção de reestruturá-lo.

Em documento elaborado pela própria equipe são apontadas as principais dificuldades encontradas no seu exercício profissional: desconhecimento dos outros profissionais quanto à própria instituição, o que dificulta o repasse de informações aos usuários; dificuldade de realização de trabalho em equipe; pouca comunicação entre os setores do hospital; solicitação de outros profissionais para o desempenho de funções administrativas para o Serviço Social; falta de espaço para a realização de atendimentos com privacidade.

Essas dificuldades, segundo o discurso da equipe, não são extensivas a todos os setores em que cada profissional ou grupo de profissionais atua. Conforme já nos referimos o hospital é grande; além disso, cada clínica médica ou cirúrgica se organiza de forma diferenciada. Disso resultam duas questões, pelo menos, que consideramos relevante tratar.

A primeira é que não é em todos os setores que o Serviço Social dispõe de sala para atendimentos; e quando dela dispõe (o que ocorre na minoria dos setores), o tipo e a qualidade da sala variam. Em virtude de não terem um lugar específico para ficar, a maioria dos assistentes sociais se locomove entre idas aos setores em que atuam e a sala da chefia do setor que, apesar de ter boas instalações (é composta por recepção, sala de reuniões, salas para atendimento, copa e sala da chefia propriamente dita), fica distante de onde atuam os assistentes sociais. Como destacam os próprios assistentes sociais, essa estrutura dificulta o acesso do usuário, de seus familiares e amigos ao profissional de Serviço Social; também gera um desgaste físico a esse profissional e, por fim, dificulta o trabalho em equipe com outros profissionais de saúde, uma vez que o contato continuado entre esses profissionais poderia estimular mais o trabalho em conjunto.

A segunda questão é que os profissionais de Serviço Social do hospital integram distintas equipes de saúde, o que, aliado ao fato de cada profissional ter uma postura específica, faz com que existam diferentes trabalhos multiprofissionais e, também, diferentes atuações dos profissionais do Serviço Social no hospital. Em algumas equipes de saúde existem reuniões periódicas ou visita conjunta dos profissionais ao leito, ou, ainda, realização de pesquisas conjuntas. Mas também existem equipes, que são a maioria, em que não há trabalho multidisciplinar e, sim, um conjunto de ações paralelas ou sobrepostas dos seus diferentes profissionais.

Assim, podemos dizer que no hospital existem diferentes hospitais; tal qual, que não existe um Serviço Social, mas, sim, diferentes Serviços Sociais sendo realizados neste hospital. Essa questão não passa despercebida pela equipe de Serviço Social, uma vez que a assessoria foi chamada para auxiliar na construção de um projeto de Serviço Social para o hospital¹⁰³. Como situações objetivas merecem ser investigadas concretamente, passaremos a refletir no próximo item sobre como os assistentes sociais do hospital que

¹⁰³ A assessoria vem aliando uma atividade de formação profissional, abordando temas como a questão do pluralismo, da política de saúde, da trajetória histórica da profissão e sua particularidade na saúde, bem como a busca de decodificação e interpretação do trabalho realizado pelo Serviço Social. Inspirados em Costa (2000) entendemos que só será possível construir um projeto para a equipe de Serviço Social se esta encarar o que já é feito como trabalho. Não como forma de aceitar acriticamente o que já faz, mas, sim, como estratégia de identificação sobre o que lhe vem cabendo na divisão do trabalho coletivo em saúde – no caso o hospital – e, assim, a partir do real, apresentar proposições factíveis de reestruturação do exercício profissional do assistente social na instituição.

atuam nos setores de ginecologia e obstetrícia observam a criminalização do aborto e a contra-reforma no SUS, a partir do seu cotidiano de trabalho.

3. Ética e cotidiano de trabalho do Serviço Social no hospital: a questão da contra-reforma do Estado na saúde e a criminalização do aborto

As assistentes sociais entrevistadas são diferentes entre si. Observemos que empregamos aqui o gênero feminino, uma vez que todas são mulheres. Em virtude da preocupação que a entrevista gerou para algumas dessas profissionais – e como pretendemos manter o anonimato das entrevistadas – não identificaremos as falas, sequer associando com um nome fantasia ou letra ou número. A cada análise a ser realizada nos eixos abaixo recorreremos a partes das entrevistas em ordem aleatória, ou seja, a primeira assistente social tratada num eixo, certamente não é mesma no eixo seguinte.

3.1. Será que todo dia elas fazem tudo igual?

Essa pergunta remete diretamente à canção de Chico Buarque já citada nesta tese. Curiosamente, foi cantarolada por uma das entrevistadas durante a pesquisa de campo, quando perguntada sobre o seu cotidiano de trabalho no hospital. Como são os dias de trabalho dessas assistentes sociais?

Como ponto de partida solicitamos às assistentes sociais que nos relatassem como tinha sido seu dia anterior de trabalho no hospital.

Uma entrevistada disse que passou a manhã do dia anterior envolvida na entrega de um bebê à Vara da Infância e da Juventude. Chegou no início da manhã, confirmou se haveria transporte para levar a criança. Depois, foi ao setor em que trabalha e lá realizou um atendimento de primeira vez a uma mãe, de 19 anos, com bebê prematuro internado. Esta usuária veio encaminhada de outro hospital com o rótulo de não estar cuidando do filho. A assistente social relata que nesse primeiro atendimento identificou que a jovem vem passando por dificuldades e não conta com o apoio de familiares

O carro estava marcado para as 13 horas. Em virtude do atendimento da manhã, essa assistente social não almoçou. Contudo, o carro atrasou uma hora. Chegando à Vara da Infância e da Juventude teve que esperar a resposta do juiz, autorizando seu retorno ao trabalho. Devido ao horário não voltou mais para o hospital; com fome, parou para se alimentar no caminho.

A assistente social reflete sobre esse dia de trabalho, tanto sobre a interferência de outras instituições no seu trabalho, como sobre o tipo de resposta que o hospital lhe dá como subsídio¹⁰⁴:

“Ontem eu estava com agendamento para encaminhar uma criança para o Juizado. Como eu estava contando para você, é algo que eu discordo que seja do Serviço Social do hospital fazer. Mas, como até hoje a gente não conseguiu que saia documento oficial daqui do hospital solicitando à Vara que tivesse uma outra forma de vir buscar essas crianças, acaba que a gente tem que cumprir a decisão que sai lá do juiz, de que o Serviço Social encaminhe a criança. Então fui levar a criança à Vara junto com documento, DNV, relato médico; como não consegui uma ambulância, tive que ir num carro comum, com a criança no colo, o que me dá uma aflição, porque não sei carregar criança.”

A fala dessa assistente social nos traz questões para reflexão. A primeira refere-se a como, em que pese o isolacionismo próprio das instituições hospitalares, um hospital se inter-relaciona necessariamente com a rede. Esta relação, em geral, não se dá numa troca ou complementação de papéis e objetivos, necessariamente diferentes entre as instituições, mas de controle de uma sob a outra. No caso relatado, como a instituição parceira era a Justiça, o hospital por si se submete e não questiona se é sua atribuição levar a criança até o destino solicitado pelo juiz.

Uma vez assumida a responsabilidade, por parte de um hospital, de entrega da criança, cabe-nos perguntar: que setor está preparado para isso? De pronto podemos dizer que nenhum, pois a divisão de trabalho típica de um hospital é construída a partir das necessidades do tratamento. A vida do usuário, antes do processo de internação e do que virá depois, raramente é questão refletida por parte da equipe de saúde. Os profissionais que mais se distanciam desse desconhecimento sobre a vida do usuário, em geral, são os assistentes sociais. Mas nem sempre.

Uma vez não tendo na estrutura um setor específico para essa questão, nos parece ser o Serviço Social, a profissão que, nos hospitais, domina parte do histórico de vida desse bebê, que conhece as normas e direitos das crianças e adolescentes ao ponto de compreender e dialogar em proximidade com questões que possam ser levantadas pela Justiça no ato da entrega do bebê. Contudo, os assistentes sociais não têm habilidade para explicar o quadro de saúde e as orientações de cuidado daí decorrentes. Assim, parece-nos que a questão da entrega do bebê à Justiça expressa um tipo de demanda que merece a estruturação de um tipo de trabalho ainda inexistente nos hospitais. Para isso seria

¹⁰⁴ Optamos por manter o caráter coloquial dos depoimentos de cada assistente social, apenas dando-lhe forma gramatical adequada a uma tese – o que, obviamente não implica qualquer alteração de conteúdo.

importante: um diálogo entre as equipes dos hospitais e as da Justiça sobre essa questão e a realização de um trabalho multiprofissional nos hospitais tratando dessa questão e de outras.

Conforme já sinalizado, as práticas profissionais nos hospitais ainda se constroem como se não existisse um mundo exterior, parece que o usuário não teve uma vida antes e nem que a terá depois da alta. No momento em que a alta quando ocorre (e, em tese, essa é a finalidade do trabalho coletivo em saúde no hospital) parece pegar todos de surpresa. O que fazer com o bebê, com o idoso, com as pessoas sem moradia? Essa é uma questão a que os assistentes sociais não podem se furtar. Contudo, sozinhos, em alguns casos, ou em muitos, não darão a resposta adequada aos interesses da população usuária.

Outra assistente social relata que, no dia anterior, trabalhou meio turno no hospital e devido ao pouco tempo atuou, em geral, sobre duas demandas. Uma era o desdobramento de uma situação a que já vinha atendendo, referente a um bebê que ainda estava internado, mas agora, estando de alta, sua mãe não teria mais retornado ao hospital. A outra refere-se a um encontro com estagiários.

O atendimento à criança começou, paraxodamente, quando uma enfermeira solicitou a assistente social que interviesse no caso de sua mãe que estava a andar de calcinha e sutiã na enfermaria. Vale a pena trazer aqui a reprodução da própria entrevistada:

“Como é de meu costume, sempre entro na enfermaria, dou bom dia, dou uma olhada para ver se tem adolescente, dou uma olhada para ver se tem uma situação que eu pegue mais, sabe, para as pesquisas que eu desenvolvo. Então, às vezes tem algumas prioridades. Aí vira a enfermeira rindo, ‘Ô, assistente social, tem uma situação que a gente precisa de você’. E eu: ‘É? Que situação?’ ‘Tem uma mulher assim, assim, que não aceita botar roupa, ela só anda de calcinha e sutiã, não aceita botar roupa, não aceita’. Aí eu ri e falei: ‘Eu não entendo nada de calcinha e sutiã, não entendo, não’. Estava distraída, sentada na enfermaria quando eu percebi vinha ela [a usuária], entendeu? Nada que me chocasse. Aí ela andou. Como eu conheço [a enfermeira] há muito tempo e não há mais aquela tensão de que ‘assistente social, o que fazer? Eu não sei!’, então (...) o pessoal sabe como lidar comigo. Aí ela veio falar assim: ‘Ah, mas é população de rua, não tenho a ver com isso’. Aí eu disse: ‘Está certo, vou atender, vou atender, mas não vou mexer na calcinha dela’ (risos). Aí, sei que a moça [estava] enrolada no lençol daqui pra baixo, aqui ela estava de sutiã, por isso é que eu não tinha percebido, ela não estava pelada, ela estava no ‘estilo África’. Durante o atendimento vou ver se ela tem família, que referência ela confia para ir, não adianta pegar uma família e dizer, aí não adianta. Se ela aceita abrigo, se ela conhece abrigo, enfim. Eu estava com o prontuário dela e durante a entrevista ela me conta a vida, e na história de vida dela nenhum filho estava com ela, ela tinha dado para outros”.

Desse caso, originado de uma proposta ao assistente social de pôr ordem na enfermaria – a partir de uma questão moral, uma vez que se originava pela forma de se

vestir de uma usuária do serviço de saúde – a profissional tem acesso a um mundo de questões vivenciadas por essa usuária.

“Eu não lembro, mas ela estaria na faixa dos vinte [anos]. E ela se referia à praça do bairro com muita intimidade, era a casa dela. Eu imagino uma tenda, uma barraca, que era a casa dela. Aí ela falou assim: ‘Não, eu deixo as minhas crianças com as pessoas conhecidas’. Perguntei: ‘Então você não vive com nenhum?’; ‘Não, mas eu as deixo passar com pessoas que eu conheço, ninguém faz mal, eu tenho muito medo que façam mal’. Até agora ninguém está falando que ela iria abandonar pra ficar lá, amamentar, a questão que veio para mim era a calcinha e o sutiã. E na entrevista eu percebendo que ela..., perguntei: ‘E esse bebê, você vai dar pra quem?’ ‘Para o policial!’. Aí fui discutir com ela a importância da adoção oficial. Antes tentei ver como era a questão do abrigo pra ela, expliquei que tinha abrigo para mãe e filho, mas ela negou todos. O Bolsa Família ela achou irrisório o valor. Aí fui mostrar a questão da doação oficial, e ela insistia que tinha muito medo que o maltratassem, e fiquei numa situação [difícil], porque não me chamaram para a questão da criança, ela passou a questão da criança numa relação que ocorreu muito bem. Ela confiou na minha opção, eu fui direto ao ponto. Uma outra assistente social talvez não o pegasse, [talvez] perguntasse: ‘Você vai ficar com a criança?’; Ela ia falar ‘Vou’. Mas eu fui na lata. E eu fiquei numa situação muito, muito [delicada]. E pensei assim: ‘Vou dar o tempo dela, né, vou dar o tempo dela’. Isso foi na quinta, e ela estava no esquema simples e a criança não tinha nada. E ainda comentei com umas colegas: ‘E se ela evadir? Se evadir, eu não vou.’ Com ela só tinha duas saídas: ou eu botava força policial ou esperava ela refletir um pouco [sobre] uma adoção oficial. A outra saída seria a mesma, ela iria fazer, não tinha saída. Ou eu seria arbitrária, ou apostaria na relação que eu fiz. Isso foi na quinta. Na segunda, assim que eu ‘botei o pé’ aqui, ela estava me esperando. Perguntei: ‘porquê?’. ‘Por que eu vou ralar peito, a criança é tua.’ Eu falei: ‘Não entendi, que você está querendo dizer?’ . ‘Ah, que a senhora pode fazer o que a senhora achar melhor, eu vou embora’. Aí eu ainda tentei ver se ela queria acompanhar, que eu iria junto, que a gente poderia, sei lá...! Mas nessa hora as pessoas têm muito medo, não é? Fora que são pessoas que não têm ou não apresentam documento – essa é uma grande incógnita – e o nome pode ser qualquer um, não é!?! E aí eu fiz o relatório e li pra ela, entendeu?! Eu disse ‘Vamos fazer o relatório’. Aí eu fiz o relatório em cima das informações que ela me deu com a minha avaliação, fiz minha avaliação e falei que era uma mulher que estava há muito tempo nas ruas, completamente aculturada, e toda a forma dela pensar tem a ver com a história dela. Dar a criança para alguém próximo para ela é a maior proteção que ela pode oferecer, e ela confiou em mim, tanto é que ela deu a criança para mim. E mandei o ofício, entendeu, dizendo que ela estava é abrindo mão da criança, e estava comunicando.”

Esse longo extrato da entrevista remete para a assertiva de que vem tratando Vasconcelos (2002), de que as demandas apresentadas ao Serviço Social precisam ser desveladas por esses profissionais, uma vez que a demanda apresentada é, embora por vezes importante, apenas uma expressão fenomênica do conjunto de necessidades reais do usuário. No que tange a uma específica função de um serviço como a maternidade, as

questões referentes aos direitos e ao possível bem estar do recém-nascido foram encaminhadas adequadamente, a partir da competência profissional do Serviço Social.

No processo de envio de relatório houve uma tensão também com a Vara da Infância, pois os representantes deste órgão queriam que a profissional afirmasse que houve abandono da criança, enquanto a assistente social avaliava que não poderia, ainda, fazer essa afirmação, por entender que a mãe o encaminhou para a adoção, o que expressa uma ação diferente de abandonar um filho. Mais uma vez aqui se expressa a relação de complementação, e também de tensão, do trabalho realizado no hospital com as outras instituições.

Sobre se teriam feito algum balanço acerca desse dia de trabalho, uma assistente social disse não ter tido condições de refletir:

“Não porque eu tinha que entrar no outro [emprego]. Eu saio, desligo um botão e ligo o outro. Eu saio daqui, almoço, ontem foi segunda, o meu sobrinho pegou o meu filho, porque todo dia quem pega sou eu. Mas como eu entro no outro trabalho uma hora, eu saio, como e entro no outro trabalho, então é até mesmo o tempo de, saiu, desligou, comeu e o trabalho entrou na cabeça e cada um no seu lugar, graças a Deus”.

A fala dessa assistente social nos informa de que não refletiu imediatamente sobre o trabalho realizado no seu término imediato, mas pode ter refletido em outro momento. A outra disse que pensou sobre a questão da entrega de crianças ao Juizado, e do que isso pode significar:

“A gente sempre pensa por mais que você saiba que naquele momento é a decisão mais acertada para aquela criança em si, não tem como cada vez que vai levar uma criança pra lá você não ficar refletindo, ficar pensando no que vai acontecer a partir daí. Então por mais que a gente o faça várias vezes, nunca é igual, por mais que você saiba: ‘Não, nesse momento é o melhor’. Aí você lembra que a gente ainda vive num país em que as políticas não funcionam como deveriam, então ninguém vai se preocupar, dar um suporte para aquela criança voltar para a família de origem. Ela vai depender de ser liberada ou não para a adoção; às vezes não é liberada, então vai crescer talvez num abrigo, como vai ser? Mas no momento a gente sabe que é o melhor, não ficar com a família de origem. Mas será que também era melhor ir embora, para o abrigo do Estado? Então não tem como não refletir num monte de coisas, cada vez que você vai levar.”

Conforme já tratamos, o cotidiano é o espaço das respostas imediatas do indivíduo às questões postas pelo dia-a-dia. Assim, por isso suas ações são marcadas pela heterogeneidade, imediatividade e superficialidade extensiva (Netto, 2000). Isso também se dá no trabalho, uma vez que esse indivíduo é único, não é apartado (em casa tenho

comportamento “y”, e no trabalho, “x”). É possível haver, por parte de alguns indivíduos, essa intenção; mas, na prática isso pode acontecer apenas pontualmente. Portanto, tanto na vida privada como no trabalho, o indivíduo dá respostas a questões que emergem de forma imediata. Se melhor qualificado – atento para a teoria, para a ética e para a análise crítica do empírico – melhores serão as respostas obtidas no trabalho.

Para a reflexão sobre o cotidiano é necessário que o profissional tenha tempo dedicado inteiramente para isso. Não estamos aqui falando da suspensão do cotidiano com vistas à reflexão da singularidade ao humano genérico, processo esse mais complexo, mas, sim, de parte desse processo (Heller, 1992). Uma assistente social relata ter refletido sobre seu dia de trabalho; não significa que, com isso, tenha havido alguma mudança em si e no trabalho realizado. A outra assistente social disse que não refletiu, e talvez não pudesse fazê-lo, uma vez que entrou, após a resposta a sua necessidade física (a fome), imediatamente em outro trabalho, que ocorre em uma instituição diferente de um hospital.

Nossa terceira entrevistada, não ressaltou nenhuma situação que a tenha mobilizado no dia anterior. Ao contrário relatou: seu dia de trabalho de forma genérica, por vezes parecendo ser um relato de rotina, e não de um dia específico. De sua fala, destacamos:

“Eu cheguei, atendi na minha sala as pessoas que já estavam aguardando. Foram atendimentos sobre informações a respeito de planejamento familiar, pacientes que já estavam com familiares internados, que gostariam de receber ou renovar o crachá de acompanhante, ou fazer o crachá de acompanhante; mas eu passei primeiramente no ambulatório para fazer uma abordagem, expliquei algumas coisas sobre a rotina do nosso trabalho sobre ginecologia e me coloquei à disposição para atender na salinha do segundo andar. Isso normalmente eu faço, primeiramente isso. Aí, aqui no segundo andar, fico também à disposição na salinha de atendimento e atendo, também, nas enfermarias. Normalmente as pacientes que já abordei no ambulatório vão depois dar continuidade ao tratamento na enfermaria. Fiz contatos com os médicos, também, sobre pedido de ambulância, porque algumas [usuárias] pediram ambulância por que receberam alta e outras a cirurgia foi suspensa e tiveram que retornar. Aí entrei em contato com os médicos para eles emitirem o pedido de ambulância por que o caso não se tratava de caso social e sim médico. Aí eu pedi para o médico fazer isso, providenciar.”

Tentamos, na condução da entrevista, que essa assistente social nos relatasse o dia anterior como uma história, no que não tivemos êxito. A entrevistada, em que pese dominar o trabalho realizado e reconhecer a nossa atividade de assessoria – quando, por dificuldades na equipe multiprofissional, nos chamou para orientação específica em seu setor e nos contactou por telefone para tirar várias dúvidas –, se mostrou tensa com a entrevista.

Quando perguntada sobre suas impressões ao sair no dia anterior no fim da jornada de trabalho, disse:

“Olha, eu senti que tinha atendido dentro da medida do possível; tinha atendido todas as pacientes, atendi essas que provavelmente operariam hoje, para mim foi surpresa chegar e saber que elas não foram operadas, que tive que dar todas as orientações; estou até preocupada com o folder que, com certeza ainda sobraram três ou quatro aqui e eu não os estou achando.”

E também ressaltou:

“Olha, eu saí preocupada com a entrevista que seria feita hoje: o que será que o Maurílio vai me perguntar? Porque a gente sempre se preocupa quando alguém vai perguntar, se é alguma coisa da gente, sempre fica ansiosa”.

Sobre essas duas últimas falas consideramos importante refletir sobre dois aspectos.

Um refere-se a metodologia da pesquisa. A escolha de realizá-la num contexto de assessoria apresenta aspectos positivos: o pesquisador possui uma aproximação com a realidade da instituição e detém reconhecimento da equipe. Contudo, isso também contém o seu anverso: como provavelmente, o assessor é uma referência para a equipe, isso pode promover uma preocupação de não desagradar a esse profissional. Trata-se de uma expressão das tensões postas na pesquisa em ciências humanas e sociais, que se acirram quando são pesquisas com profissionais sobre o trabalho realizado. Tendemos a considerar que essa é uma questão, por natureza, insolúvel, uma vez que faz parte, mesmo, do processo investigativo. O que não impede, na nossa perspectiva teórico-metodológica, que o pesquisador problematize, junto aos sujeitos de sua pesquisa, que não se está ali em busca da repressão e de controle.

Outra questão referente às duas últimas falas da entrevistada, refere-se propriamente ao conteúdo tratado neste item, o cotidiano. Observamos que a profissional diz que refletiu sobre sua função e sua competência e que estava satisfeita com isso. Tirando a tensão com a entrevista para essa tese, sua avaliação não apresenta – tal qual seu relato sobre o dia de trabalho – um dado específico que tenha emergido nesse dia. Parece-nos que a assistente social reflete sobre a rotina de trabalho. Talvez não por acaso, das três assistentes sociais entrevistadas, é esta a única a dizer que seu dia de trabalho relatado foi parecido com seus outros dias no hospital.

Consideramos perfeitamente plausível que tenhamos dias de trabalho, em um hospital, parecidos. Afinal, nas nossas vidas fora do trabalho também os temos. Contudo, parece-nos que se estivermos atentos – nos termos de Oswald de Andrade, “para se ver com os olhos livres” – podemos observar nuances, particularidades desse dia de trabalho.

Para isso necessitamos ter condições de trabalho – tempo para reuniões, realização de pesquisas e investimento em estudos, dentre outros – e dominarmos as ações do nosso exercício profissional. Nesse contexto é que parece-nos ser importante ao assistente social o estabelecimento de uma rotina, flexível, de trabalho, para que não se perca no emaranhado de possíveis emergências que outros profissionais e a instituição lhe destinam. Uma assistente social relata ter uma rotina de trabalho. Duas, em virtude de terem reestruturado suas frentes de trabalho na semana anterior da entrevista, estão em processo de delineamento da mesma. A rotina é um norte, e não uma norma; para ser assim, é necessário competência profissional que virá, acreditamos, do estudo, da análise crítica da realidade por meio de pesquisa e da apropriação de valores éticos concernentes com o projeto da reforma sanitária e com o projeto ético-político do Serviço Social.

Uma vez delineado como o cotidiano é percebido pelas assistentes sociais começamos a tratar, na entrevista, sobre a análise que as mesmas fazem acerca do próprio trabalho profissional. Também tratamos de indagar sobre a relação delas com os outros profissionais de saúde, uma vez que entendemos – e isto foi abordado em um capítulo anterior – que a intervenção do Serviço Social se dá no contexto de um trabalho coletivo.

Acerca dos limites postos ao exercício profissional, as assistentes sociais responderam a questões que influem diretamente ao seu exercício profissional no setor em que atuam e, também, sobre o setor do Serviço Social do hospital em geral.

Uma assistente social, de pronto, reclamou da sua sala de atendimento, que deve ter menos de 2m², e antes era o recinto onde se guardava o lixo do andar. Também destacou a competitividade entre os profissionais de Serviço Social. Mas, já na resposta a essa questão disse também que tinham coisas boas e que poderia falar das mesmas (o que era, de fato, a pergunta seguinte).

Outra assistente social referiu-se primeiramente à falta de entendimento dos outros profissionais, e da direção do hospital, do que seja o Serviço Social, tendo a profissão pouca visibilidade e sendo acionada na instituição em situações em que os outros profissionais não sabem o que fazer. Também destacou da questão a ambulância – como um exemplo – que, quando necessário, é um direito no processo de alta médica e que os médicos não o informam, por vezes sequer sabem. Assim, como assistente social muitas vezes solicita ambulância e ainda tem que ficar monitorando, ou a ambulância demora muito a atender a usuária que já se encontra de alta.

A terceira assistente social destaca como problema a ausência de uma postura combativa do Serviço Social no hospital, o que faz com que o setor seja atropelado nos

seus encaminhamentos por outros setores do hospital. Também ressalta a falta de estrutura para o trabalho, já que em muitos setores do hospital o Serviço Social não possui sala para atendimento. Por fim, destaca o plantão, afirmando que da forma que está é melhor que não exista, uma vez que se aloca um profissional qualificado para ficar esperando demandas que, em sua maioria, não são próprias do Serviço Social.

As dificuldades que nossas entrevistadas colocam são, em geral, expressas também por assistentes sociais de outras unidades de saúde, e também estão identificadas por outros estudos. A falta de espaço adequado para atendimento tem sido uma questão latente, tanto que recentemente o CFESS editou uma resolução sobre o tema¹⁰⁵. O discurso sobre o desrespeito ou o desconhecimento de outros profissionais sobre o que seja atribuição do Serviço Social, bem como sobre a atuação do Serviço Social para a garantia de serviços / benefícios concretos (no caso do exemplo da ambulância) também aparece em vários estudos, sobretudo os de Costa (2000) e Vasconcelos (2002).

Uma questão nova que se põe em uma das falas refere-se ao relato de competitividade entre os profissionais de Serviço Social. No material lido para essa tese essa questão não foi abordada. Pode ser uma particularidade da equipe desse hospital ou uma leitura particular dessa assistente social, pois essa questão – a competitividade – também será destacada, por essa entrevistada mais à frente, quando tratar do SUS.

Ainda sobre as dificuldades postas ao seu trabalho, cabe ressaltar que a última assistente social destacou críticas que impactam o Serviço Social do hospital, em seu conjunto. Isso está vinculado, provavelmente, a sua admissão recente no hospital, o que a faz estabelecer um paralelo entre a prática nesse hospital com suas experiências anteriores e, também, pelo papel por ela desempenhado, de ser uma das lideranças na busca de reestruturação do Serviço Social no hospital.

Como a realidade é contraditória, por princípio, também existem seus aspectos positivos. Mesmo no contexto de instituições guiadas pela racionalidade formal-abstrata são possíveis, ainda que em condições limitadas, a realização de iniciativas que possam efetivar, mesmo que pontualmente, direitos na direção das necessidades dos usuários e iniciativas profissionais que preencham os anseios de trabalho dos assistentes sociais. Pensando nisso, perguntamos às entrevistadas se existia algo que desenvolviam e que consideravam relevante, não apenas por uma questão da dialética, mas também para observarmos se – em que pesem as brutais dificuldades postas, hoje, ao trabalho coletivo

¹⁰⁵ Referimo-nos à Resolução CFESS nº 493/2006 que “Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social”.

em saúde, tratadas anteriormente nessa tese – essas assistentes sociais se sentem, e fazem ser, sujeitos neste trabalho.

Uma assistente social ressaltou que gosta muito da pesquisa multidisciplinar de que participa sobre morte materna. Ressalta que essa investigação surgiu da formação, no hospital, do comitê de morte materna e que foi o Serviço Social que, ao construir o seu papel – de não ser mero preenchedor de formulário –, redefiniu o objetivo do seu trabalho nesse comitê transformando-o também em uma pesquisa. Outro ponto destacado pela entrevistada é o interesse de entender por que algumas mulheres ficam tão graves quando grávidas – na realidade, o mesmo interesse do primeiro aspecto apresentado pela entrevistada. Para saber qual a diferença, perguntamos: “Como é o seu trabalho com elas, assim, eu queria que você falasse um pouco sobre isso?” A resposta:

“A sua pergunta, ela meio que se direciona para uma tendência do Serviço Social ao trabalho de grupo, ao trabalho sócio-educativo, não é?! Agora, não dá pra fazer nada disso sem antes você entender os determinantes, e não tem, pelo menos que eu conheça, nenhum estudo do Serviço Social, ou mesmo da Sociologia, que aponte um determinante que possa subsidiar qualquer trabalho de cunho educativo para prevenir o agravamento da morbidade. Então, até pra fazer algo mais de cunho educativo, que, sinceramente, não gosto, teria que ter o que a gente faz nesse momento. E não tem, não tem. Não há nenhum trabalho que eu conheça, ou que seja divulgado, que seja de fácil acesso, onde o Serviço Social discuta o seu papel numa maternidade de alto risco sem ser pelo viés do adolescente, pela gravidez na adolescência”

Enfim, não é possível saber, pelo depoimento, como é o atendimento com essas mulheres em risco. Talvez a pergunta por nós realizada também não conduzisse para se tratar do atendimento em si. Parece que o interesse é entender o porquê da morte materna. Se for isso, é o que já caracteriza o interesse pela pesquisa desenvolvida pela entrevistada.

Outra assistente social informa que gosta muito de tudo que faz no seu trabalho, que optou pelo Serviço Social. Destaca que, preocupada com uma situação, ligou para o hospital no final de semana para tratar de outro assunto com uma enfermeira e conversou sobre isso. Quando indagada para destacar duas ações que gosta de fazer, disse ser o trabalho do grupo de planejamento familiar e o trabalho com mulheres mastectomizadas. Abaixo reproduzimos, respectivamente, as suas falas sobre essas atividades:

“O grupo de planejamento familiar é importante, porque apesar da divulgação da existência de métodos contraceptivos, a gente sente que ainda existe muita dificuldade para os usuários terem acesso, entendeu? Eu acho que é uma oportunidade que as usuárias têm de colocar em prática o direito de escolher quantos filhos querem ter, e quando, e escolher o método mais adequado. É um trabalho, assim, educativo.”

“Para mim o importante é que elas valorizam o trabalho, elas acham que é interessante, que é bom, que se sentem melhor depois que conversam comigo. Aí faço o encaminhamento para elas receberem a prótese mamária, encaminhamento para receber a bolsa de alimento, coloco à disposição delas [o atendimento por] psicólogos no serviço de ginecologia. Os próprios médicos encaminham as pacientes para mim, para orientar sobre os direitos que elas têm, direito a passe social, a vale social, riocard e mais alguns direitos. Eu tenho até uma cartilha que fala sobre os direitos das pessoas portadoras de câncer, a ofereço para elas e faço sempre essa reunião, sempre na penúltima terça do mês, para ver como que elas estão, como é que está a vida delas depois de operadas, o relacionamento, e, também, para facilitar a integração delas. Por que tem umas que estão bem melhor, outras estão mais deprimidas; então uma sustenta a outra, se ajudam, trocam telefones, assim, para melhorar a auto-estima delas. O objetivo é melhorar a auto-estima e prepará-las para uma melhor situação de vida, uma nova situação de vida”.

Não é possível avaliar, e não era o objetivo da entrevista, qual substrato teórico tem a intervenção profissional realizada por Simone. Muito menos qual impacto tem o trabalho realizado. Contudo, é inegável a preocupação dessa assistente social com o atendimento direto à população usuária.

A terceira assistente social ressaltou o projeto desenvolvido sobre o registro de nascimento, que teve repercussão, inclusive com elogio do Ministério Público, e, também, a pesquisa sobre morte materna.

Interessante a análise sobre o impacto de um projeto para o serviço de saúde:

“Eu acho que é um trabalho interessante, porque você levanta outras hipóteses para o não registro de nascimento e você começa a ver o seguinte: se aqui, que a gente tenta ter uma rotina sobre isso, a gente percebe o quão frágil é [a questão do registro]. E como a estrutura legal coloca a criança em risco nessa questão do registro em outro lugares que a gente sabe que não existe, não segue à risca como é. É interessante levantar isso”.

Percebemos, pelas respostas, que elas expressam perfis diferentes sobre o que é ser assistente social. Mesmo que não seja reflexo de escolhas teóricas conscientes, representam visões de mundo específicas, compostas por projetos e ideologias, na prática, distintas. Uma assistente social ao se referir ao seu trabalho resalta sempre o atendimento direto à população, num contexto de projeto. Duas outras profissionais ressaltam o projeto, pensando seu impacto na perspectiva de organização do serviço como um conjunto, (in)diretamente sobre os usuários.

Além do que se faz, e da análise sobre os problemas postos no cotidiano de trabalho, indagamos se haveria algo que as assistentes sociais gostariam ainda de desenvolver.

Uma assistente social tem vontade de desenvolver um projeto sobre o “aborto que não deu certo”, pois na sua prática percebeu que em torno de 50% dos seus atendimentos

sobre casos de partos prematuros tinham tido um histórico de tentativa de aborto. Também tem vontade de aproveitar os estudos sobre as ações desenvolvidas no plantão do Serviço Social e, com base nesses dados, reestruturá-lo.

Outra assistente social primeiramente falou que tudo que inventa ela faz e que não teria tempo para fazer mais algo. Depois, disse que gostaria muito de poder influenciar uma nova constituição de pensar o gênero (homem e mulher) nas políticas de saúde. Considera que ainda se pensa a saúde da mulher centralizada em partes do corpo, notadamente mama e útero, e as mulheres (e também os homens) são mais que isso, são uma totalidade.

E a outra assistente social ressaltou que gostaria de desenvolver um trabalho de planejamento familiar com adolescentes.

Mais uma vez uma assistente social pensou diretamente no usuário; e outras duas, indiretamente. Sem dicotomizar teoria e prática, ao contrário, trazendo essa inter-relação, podemos supor que pode haver neste hospital pesquisado uma complementação de perfis de assistentes sociais, que tende a ser rico para a instituição e para a profissão.

Saindo desse hospital e pensando mais abrangentemente, podemos considerar que os assistentes sociais hoje atuantes nos serviços de saúde têm uma gama de possibilidades de realização de projetos e de pesquisas. O desenvolvimento destes é fundamental para a qualidade da intervenção profissional, mas não devem obscurecer exatamente isso: o hospital é um espaço de assistência à saúde, de atendimento aos usuários. Essa é a função precípua de um hospital.

3.2. O trabalho em equipe multiprofissional e o Sistema Único de Saúde: tensão e possibilidade?

Qual avaliação fazem da implementação do SUS no hospital? E do SUS como um todo? Identificam a existência de projetos políticos em disputa no SUS e de uma contra-reforma em curso? Como se dá a relação de trabalho com outros profissionais: cooperação ou paralelismo de ações? Essas são as questões que trataremos neste eixo.

Perguntadas se o trabalho dos outros profissionais de saúde interfere no seu exercício profissional, as assistentes sociais responderam¹⁰⁶:

“Se o médico fala para o paciente: ‘Fala com a assistente social que ela resolve’, e eu não resolvo, ele me cria um problema. Se eu viro e a paciente fala: ‘Ah, aquele

¹⁰⁶ As três falas abaixo são de cada assistente social entrevistada.

médico foi um grosso, chegou, mandou eu abrir a perna, tocou, tocou...’, e eu falo, ‘Nossa!’, eu interfiro no trabalho dele. Então a gente está interferindo um no trabalho do outro o tempo todo, o tempo todo, das mínimas às máximas coisas. No início era muito mais tenso, quando cheguei aqui. Até por que eles estavam acostumados com uma forma de Serviço Social, aquele que tem rotina, aquela que vai leito a leito, aquele que vê as questões que eles acham que deveria ver. Se tem família, se a família está presente, se está com roupinha, se está dando ‘mamá’ à criança, se a criança está limpinha, se toma banho etc. E eu não faço nada disso, sou completamente desligada se a criança tomou banho, se não tomou banho, se está vestida ou se está despida, se a acompanhante está transando com o ascensorista. Todas essas situações vinham para o Serviço Social, né?! (...) Só que hoje não, hoje não. Hoje eles sabem o que eu faço, sabem do que eu não faço e o que contribui para o trabalho deles. E eu sei o que eles fazem e o que contribui para o meu trabalho. Os focos de tensão, eles vão ser isolados, se trocou a residência, e aí vem um residente com uma outra experiência com um assistente social, ele pode cobrar que se reproduza aqui aquela experiência que ele teve lá. Ou quando tem uma relação mais de profissionais que acham que existe uma hierarquia nas profissões. Mas isso também é isolado. Uma médica mais antiga que acha que, se chega ‘Ó, assistente social, tem que ver isso’, e a assistente social vai ver de outra forma, ela pode não gostar. Enfim, são coisas isoladas, porque, na medida em que você garante o seu trabalho com a equipe, mesmo que ocorra um conflito mais difícil, mais tenso, ele vai ficar isolado e você vai resolver aquilo. Não contamina o restante, entendeu?! Eu acho a minha relação aqui muito boa, não que eu não tenha problema, mas é boa”.

“Eu acho que minha relação [com os outros profissionais de saúde], eu acredito que seja boa, lógico que cada pessoa é uma pessoa, tem pessoas que são um pouco mais reservadas, tem pessoas que são mais (não sei se poderia dizer mais, em termos de hierarquia, principalmente os residentes), tem uns que se acham assim, como dizia o ex-coordenador: ‘Este aqui é o rei da cocada preta’, que era ele enquanto chefe. Não está mais aqui com a gente, mas ele existe. Os residentes quando vêm pra cá se sentem os ‘donos da cocada preta’, é isso”.

“Às vezes [o trabalho dos outros profissionais] atrapalha por que tem algumas [pessoas] que se querem passar por assistentes sociais (...). Porque dentro do hospital existem muitas pessoas que querem se passar por assistentes sociais.”

“Depende, às vezes ajuda [o trabalho dos outros profissionais], às vezes atrapalha. Uma coisa que eu sempre digo [para qualquer das estagiárias de Serviço Social] que passam por aqui, independente de ter ficado sob minha supervisão ou não, eu sempre brinco com elas assim: ‘Cuidado com o que vocês fazem, porque quando falarem, não vão falar de você; vão falar que é o Serviço Social que faz’. E é uma verdade. Acho que talvez, como você está chegando num lugar, existem coisas que eram feitas, que talvez não fossem para ser feitas pelo Serviço Social. Aí você mudar essa cultura do ‘Ah, mas fulano fazia, beltrana faz, você não faz’. Então acho que às vezes esse é um pouco do que atrapalha. Mas lá onde eu atuo especificamente o pessoal está meio ‘doutrinado’ são quase três anos e a gente construiu um trabalho, a gente conseguiu – de certa forma com os projetos – embora a gente não tivesse uma rotina de atuação, de atendimento. Mas com os projetos e com a recepção que a gente deu à equipe multidisciplinar como um local de atuação, também, eu acho que a gente conseguiu construir um pouco essa coisa de diminuir isso. O que mais as pessoas tem é problema, então você atende (...) coisas que não seriam atribuições, aquelas

que seria acabar não vindo. Mas, pelo menos [lá no setor onde atua] já estão mais ‘doutrinados’”.

Essas falas formam, na nossa leitura, um uníssono. Todas as entrevistadas sinalizam não haver um trabalho interdisciplinar e, sim, uma sobreposição das diferentes áreas do conhecimento intervindo paralelamente no mesmo espaço, e sobre os mesmos usuários. Por isso mais adequado continuar utilizando, nos termos de Vasconcelos (1997), “multiprofissional”, entendido como a ação de diferentes disciplinas profissionais que, atuando simultaneamente, não possuem relação entre elas, ou seja, não estabelecem nenhuma cooperação.

O trabalho interdisciplinar é um fator que, quando existe, possibilita a maior efetividade do SUS, por meio do fortalecimento da integralidade. Obviamente que não é só por esse meio que o SUS se efetiva. Por isso é importante compreender como o SUS se materializa no hospital. Como entendemos que um nó do SUS é o acesso dos usuários aos serviços de saúde, perguntamos a este respeito.

As assistentes sociais respondem de forma semelhante: indicam que o fato do hospital ter ser transformado, nos últimos anos, em uma unidade de referência, tem gerado complicações, pois a população tem vindo ao hospital e tido dificuldade de ser absorvida pelo atendimento. Ou, como ressalta uma assistente social, em algumas situações já sabe como ser absorvida: procurando pela emergência, quando, por exemplo, algumas gestantes chegam ao hospital já em processo de parto adiantado ao ponto de saberem que a equipe não terá como transportá-la para outra unidade de atendimento.

Uma outra questão é a vinda de usuários encaminhados por outros serviços de saúde para exames ou serviços complementares, que pela lógica do hospital não são incorporados, mas que sinalizam a desorganização do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Uma das assistentes sociais entrevistadas expressa a tensão sobre esse perfil pretendido ao hospital no contexto mais amplo da política de saúde:

“Eu acho que tem intenções, eu não sei se são boas ou se são más. A intenção que eu vejo circular aqui é uma: um grupo profissional importante que quer levar o hospital para alta complexidade, o hospital todo. A comunidade, no entanto, necessita de um atendimento não tão complexo, um atendimento de urgência. E vai vir, isso é complicado, e como é que se resolve isso? Esse hospital resolveria isso abrindo e sendo uma grande unidade de urgência? Mais uma grande unidade de emergência resolveria a necessidade da população? Não sei, acho que são questões que não se resolvem a partir da unidade de saúde, mas a partir de uma percepção que a estrutura da sociedade, leva a aumentar a demanda para as unidades de saúde em todos os níveis, e que não adianta você ficar criando um monte de unidades. Não que eu não ache que tenha que criar, não que eu não ache que tenha que colocar mais unidades

mais próximas à população. É que a saúde, a concepção de saúde, tratar saúde não é fazer unidade de saúde, é garantir acesso à alimentação, é garantir moradia digna, é garantir trabalho adequado, com salário adequado, com tempo de descanso adequado. É garantir uma infra-estrutura. Se não garante, não vai adiantar, sempre a demanda vai ser muito maior do que os equipamentos disponíveis.”

A partir de suas análises sobre os seus cotidianos de trabalho e da política de saúde no hospital começamos a tratar sobre o que seria necessário, então, para que as assistentes sociais tivessem condições ideais de trabalho. Uma entrevistada ressaltou que primeiramente um melhor salário, depois condições materiais de trabalho (mais uma vez ressaltou a necessidade de uma sala adequada de trabalho) e interlocução dos setores de planejamento das políticas com os profissionais da ponta do atendimento. Outra entrevistada ressaltou o mesmo problema da falta de infra-estrutura, recorrendo ao mesmo exemplo, a sala. E por fim, a terceira assistente social disse que precisaria ter a sua sala de atendimento melhor equipada, bem como a existência de um conjunto de serviços para as ações de desdobramento dos atendimentos aos usuários. Ou seja, mais uma vez as assistentes sociais, embora separadamente, falaram em coro.

Quando convidadas a darem opinião sobre o SUS, em geral e na sua particularidade no Hospital, as nossas entrevistadas responderam da seguinte forma.

Uma profissional disse que antes de trabalhar no hospital tinha uma péssima visão sobre o mesmo, em virtude da divulgação dos problemas da emergência, em geral a questão da superlotação. Sobre o SUS primeiro considerou que tenta não fazer o discurso, já comum, de que no papel é ótimo. Assim, na sua análise, um grande problema do SUS é a falta de vontade política de alguns gestores e a correlação de forças desfavorável em defesa do SUS.

Uma outra entrevistada lembra que quando a proposta do SUS começou a ser formulada havia um contexto internacional de polarização de projetos. Existia a União Soviética, além de Cuba e China, com sistemas de saúde possíveis alternativos ao capitalismo. Disse ainda acreditar na construção de um sistema público de saúde, mas as esquerdas recuaram e o SUS foi formulado naquela polarização. Considera que a efetivação do SUS é um processo e seu êxito está ligado ao acesso a um conjunto de direitos, para além dos possivelmente disponíveis nos serviços de saúde. Sobre a materialização do SUS no hospital, diz que seria necessário ter melhores condições de trabalho, maiores recursos. Contudo, levanta a hipótese de que essa problemática talvez não seja por falta de financiamento, talvez seja por escolhas políticas de prioridade na instituição. Outro ponto destacado foi a tensão entre profissionais, talvez por vaidade,

sobre a divergência de encaminhamentos, que faz com que alguns não aceitem críticas e parem de falar com o outro profissional. Segundo a entrevistada, no processo de garantia do SUS às vezes acontecem divergências que não são tratadas apenas no campo profissional.

E, por fim, a outra profissional entrevistada disse que considera, no papel, o SUS bonito. Mas, na prática, pensa que atrapalhou a vida dos usuários, especialmente dos mais pobres. Existe muita burocracia e o acesso ficou mais difícil. No hospital avalia que o SUS não funciona totalmente e parece que antes da criação do SUS o atendimento era melhor. No entanto, ressalta a capacitação continuada como algo de bom, que antes do SUS não existia.

Após essas análises realizadas pelas nossas entrevistadas sobre a política de saúde nos seus marcos mais gerais e suas características na instituição em que trabalham, tratamos de entender se essas questões impactavam o trabalho profissional por elas desenvolvido.

Uma profissional considera que com o SUS houve uma sobrecarga de trabalho, na medida em que o usuário não consegue ser atendido, e que aumentou a burocracia: este procura o Serviço Social e, com isso, sobrecarrega o trabalho do assistente social.

Outra profissional indica que com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde muitos trabalhadores desenvolvem doenças preveníveis, mas que não são cuidadas, por isso necessitam de benefícios de assistência social, que são inicialmente concedidos e, depois, suspensos. Enfim, considera que a ausência de atenção em saúde na prevenção gera uma demanda por serviços e benefícios assistenciais – cada vez mais restritos – e que isso impacta o trabalho, já que isso se configura no hospital como uma demanda para o profissional de Serviço Social.

E a terceira profissional entrevistada disse que muitas dificuldades se põem para a garantia dos direitos e que o assistente social ao tentar fazê-los valer enfrenta uma tensão com os outros profissionais, o que é muito desgastante. Por vezes acontecem brigas que não deveriam se perpetuar, uma vez que são no campo do trabalho e não da esfera pessoal, mas não é o que sempre acontece.

Por fim, indagadas se o SUS é ainda viável, as nossas três entrevistadas responderam:

“Perguntar se o SUS é viável é negar que a sociedade é construída, constituída de pessoas com interesses diferentes. Na medida em que essas pessoas perceberem que os seus interesses, podem convergir numa sociedade justa, que atende e responde aos

interesses de todo mundo, ele vai, vai se materializar. Ele é viável? É, eu luto por uma sociedade diferente, um SUS melhor do que está na Lei 8080.”

“No sistema capitalista eu acho que não, entendeu? Por que acho que se fosse interesse, a gente conseguiria avançar em algumas coisas. Mas daí a dizer que a gente vai avançar em tudo... Eu estava falando para as meninas [colegas de trabalho] que esta história de fundação, a primeira coisa que a opinião pública ia conseguir é o apoio da população, por que a figura que se tem do funcionário público é o ‘come e dorme’, não é? Primeiro que é uma utopia, como eles falam, que ia melhorar o atendimento. O atendimento para o próximo, é ruim de fato. O SUS tem coisas muito boas, mas a grande maioria da população até conseguir acessar é ruim. Então o ‘cara’ vem com a promessa de que vai melhorar, vem com a promessa que vai acabar com os ‘come e dorme’, na cabeça da população o grande vilão das coisas são os funcionários públicos. Por isso que eu acho que no sistema capitalista é muito complicado. Eu acho que é viável, é possível. Cem por cento, nesse sistema capitalista, eu acho que não. A gente continua, a gente insiste, a gente persiste”.

“Em algumas coisas sim. [É viável] em partes”.

Na análise sobre a política de saúde as assistentes sociais concordam, em linhas gerais, com os problemas postos na realidade do SUS e na materialização desta política no hospital em que trabalham. Demonstram deter um conhecimento das dificuldades vivenciadas pela população usuária, bem como sobre os limites da garantia do direito na unidade de saúde. Mesmo sem citar o termo sabem que há na prática uma contra-reforma do Sistema Único de Saúde. Também identificam os limites postos ao trabalho coletivo em saúde. Contudo, sobre os fundamentos dos problemas possuem, provavelmente, análises distintas. Uma assistente social reproduz um discurso de que antes do SUS o atendimento era melhor e é possível que no hospital em que trabalha tenha sido, mesmo. Contudo, escapa em sua análise uma problematização sobre a universalização da saúde, que permitiu uma ampliação do universo de usuários dessa unidade de saúde. Se o SUS não existisse, se o sistema de saúde ainda fosse regido pela lógica anterior (conforme tratado na primeira parte dessa tese) a maioria da população que o Serviço Social atende não poderia estar sequer acessando os serviços disponibilizados por essa unidade de saúde¹⁰⁷. De fato as entrevistas apontam que o acesso ao hospital tem sido difícil para os usuários, o que é um complicador. Desvelar o porquê disso é importante, inclusive para a construção de argumentos concretos de enfrentamento à contra-reforma e de defesa do SUS.

¹⁰⁷ Segundo as três assistentes sociais entrevistadas, a maioria das mulheres que atendem não possui vínculo com a previdência social.

3.3. *Aborto: Elas somos nós?*

A pergunta acima remete ao livro de Peniche (2007) que trata do debate sobre a descriminalização do aborto durante o primeiro plebiscito realizado em Portugal, no ano de 1998. A autora, conforme tratado na introdução da tese, indaga se o debate foi pautado pela discussão de que as mulheres são sujeitos de sua vida e de seu corpo entre os parlamentares lusitanos. Mas a pergunta, em si, nos indaga se nós – humanos em termos genéricos – nos identificamos com as mulheres que passam pela situação que envolve o aborto¹⁰⁸. Será que nas mulheres que vivem o processo de um abortamento – e os riscos daí inerentes, tanto de saúde como da ilegalidade – nós nos vemos?

O hospital onde atuam as assistentes sociais entrevistadas não integra a rede de abortamento legal. No entanto, as três assistentes sociais falaram que existem situações de atendimento a mulheres em situação de abortamento. Vejamos:

“Eu quando trabalhei na Maternidade via muito esses casos, mas só que elas não chegavam a nós assim, abertamente, e diziam que era aborto provocado, elas sempre diziam que era espontâneo, até por que elas sabem que o aborto no Brasil ainda é crime, não é?”

“Existe um discurso que é assim – como a gente não está lá o tempo todo na hora do atendimento – o discurso oficial da instituição: ‘O acolhimento em primeiro lugar, o acolhimento dessa mulher em primeiro lugar’. Se isso acontece na prática é uma outra história. A gente sabe de histórias e histórias, às vezes, de como as mulheres foram tratadas. ‘Ah, foi aborto deixa lá mais um pouco para aprender a nunca mais fazer’. Mas em boa parte dos profissionais com quem a gente tem contato o discurso colocado é de acolhimento, se a mulher chegar, as necessidades de saúde dela prontamente resolvidas, depois o suporte psicológico, o suporte social, o que tiver que se acionar para essa mulher. O discurso oficial é o do acolhimento, mas se no miúdo isso realmente vai acontecer o tempo inteiro... Já, já ouvi algumas dizendo que ficaram esperando horas, mas pouco. Eu ouço mais reclamação das que tiveram bebê do que das mulheres que tiveram ou sofreram abortamento”.

“A gente tem uma enfermaria só para elas. Não que seja a enfermaria delas, mas a compreensão é que a mulher que aborta, se ficar junto da mulher que tá ‘de neném’, seja no colo ou no útero, ela vai deprimir, não é?! Então, se tenta não botar junto. Mas, às vezes, nem sempre consegue, se tiver com pouco leito, nem sempre consegue”.

A partir da constatação da existência de atendimentos a mulheres em virtude de abortamentos realizados, tratamos de entender se no hospital, nos setores diretamente

¹⁰⁸ Entendemos que a identificação será aproximada. Uma pessoa do sexo masculino nunca saberá totalmente o que significa, por exemplo, uma gestação indesejada. No entanto, é possível, por meio do exercício da alteridade, estabelecer mediações que o aproxime profundamente dessa questão.

direcionados ao atendimento às mulheres, existe algum procedimento específico ou algum projeto direcionado para essa questão. Além do setor em geral, perguntamos também se o Serviço Social tinha ação ou projeto direcionado para o tema. Pudemos observar, como mostram as falas, que não. E que, em algumas situações, isso se dá de forma consciente por parte das assistentes sociais¹⁰⁹:

“A gente foi chamada ano passado, eu realmente não lembro, até por que o aborto para mim, numa maternidade de alto risco, a mulher que abortou simplesmente e, fez a curetagem, está ótima, bem, maravilhosa, eu não acho que seja um problema para eu entrar numa maternidade de alta complexidade. Não acho. Se eu entrar aí é por puro preconceito, até por que, nesse momento do abortamento, ela tem todas outras questões que, qualquer coisa que eu tente, só piora. A não ser que ela venha me procurar, aí vale a pena. Se ela vem me procurar pra trazer outras questões e se ela traz a questão do abortamento, se ela diz que está culpada, e se ela tem uma questão de igreja, religiosa, eu vou trabalhar dentro da questão que ela traz. Mas se não trouxer, eu nem sei, eu nem sei. Ela vai entrar, vai ser curetada e vai sair. Não é mais a questão, a questão nossa que vinha para o Serviço Social, a queixa da mulher, não é também por aí. É de que achava que o médico estava sendo grosso. Aí ela dizia: ‘Não abortei por querer’. Não estou discutindo a intenção ou não intenção, como é que foi o fato. O meu compromisso era discutir no colegiado [reunião do setor com representantes das profissões] e deixava claro os meus limites. No colegiado eu deixava isso muito, muito bem posto, era um absurdo. Como é que é isso?! Como é que sabe se ela queria ou não queria, ou mesmo se tomou, ou se introduziu algo na vagina?! Qual é a realidade dessa moça, para estar mal? Então isso começou a ser discutido”.

“O aborto, sozinho, ele não é um problema principal, embora ele seja, se eu não me engano, a terceira causa da morte materna. Mas, aqui, o número de mulheres que morreram por abortamento, no que a gente levantou do meio do ano de 2007 e durante todo o ano de 2008, é pouquíssimo, é mínimo. As complicações são outras”.

“Olha pra mim assim diretamente, não. Agora, às vezes interna paciente como está lotado lá na obstetrícia, aí interna paciente, se tiver leito aqui. Até interna paciente mas fica por conta do atendimento da obstetrícia.”

“Tem uma pesquisa da Psicologia, a Psicologia e a Medicina fazem uma pesquisa sobre essa questão do aborto mas não sei exatamente dizer quais são os eixos que eles trabalham, não houve uma apresentação oficial dessa pesquisa para as pessoas, houve a Medicina dando os dados, mas uma apresentação oficial não”.

“Não, não existe uma proposta que isso pudesse acontecer. Até no final do ano passado veio um professor, não lembro o nome (está anotado, não lembro nome de ninguém), um professor de São Paulo, da faculdade de medicina, trabalha num hospital lá de São Paulo para falar de sobre uma técnica que era a técnica do AMIU. A proposta é que, junto com a técnica, tanto é que várias pessoas foram incluídas pra

¹⁰⁹ As duas primeiras citações que vêm abaixo são da mesma profissional. As duas últimas citações são de outra profissional.

fazer o curso. Eu até fiz o teórico, pois o prático só o pessoal de Medicina fez. A proposta é que junto com a técnica venha uma nova cultura, venha uma nova forma de atendimento. [Após esse curso nada mais teve] Aqui parece meio que todo mundo sabe, mas ninguém quer mexer”.

Pelas falas podemos observar que não há nos setores um atendimento / procedimento direcionado para a mulher que aborta, apesar de, inegavelmente, o hospital atender esses casos. Essa constatação também é extensiva ao Serviço Social.

A realidade constatada no hospital pesquisado – da existência de atendimentos de aborto e, ao mesmo tempo, de inexistência de algum atendimento específico para essa questão – foi próxima com a que encontrou Lollato (2004) em sua pesquisa. Essa autora entrevistou dez assistentes sociais nas cidades de Florianópolis e São José, em Santa Catarina, que atuam em diferentes unidades de saúde. Desse universo, oito assistentes sociais afirmaram já terem atendido mulheres em busca de orientação sobre o aborto ou em decorrência de aborto realizado, o que é um número expressivo já que, pelo menos quando da realização da pesquisa, apenas o Hospital Universitário da UFSC integrava a rede de serviço de aborto legal. Contudo, todas as entrevistadas, inclusive as duas profissionais que relataram nunca terem atendido situações que envolvam aborto, informaram que nas unidades de saúde em que trabalham inexistem qualquer orientação ou normatização no que tange a esse tipo de demanda.

Como as assistentes sociais por nós entrevistadas, em outro momento, já tinham destacado que gostavam de desenvolver dois projetos que, acreditávamos, tinha ligação com o aborto – o grupo de planejamento familiar e a pesquisa de morte materna – decidimos perguntar se o aborto era aí tratado.

No que se refere ao grupo de planejamento familiar:

“Quem fala mais isso aí é até a enfermeira (...). Ela incentiva o planejamento familiar para que a mulher não venha sofrer uma gravidez indesejada, não venha a usar o aborto para se ver livre daquela gravidez. Que existem muitos métodos eu também falo: ‘Existem muitos métodos que vocês podem utilizar’. É uma das formas de informação, de dar essa informação para talvez tentar conscientizar da importância do planejamento e para que evite uma gravidez indesejada. (...). Eu enfatizo a importância do planejamento para evitar gravidez indesejada, principalmente na questão das adolescentes, e obviamente, isso já está também, se está evitando uma gravidez indesejada está também evitando o aborto, está esclarecendo para os riscos do aborto e fala sobre os direitos, direitos da mulher trabalhadora, fala sobre a violência contra a mulher, que existe a lei Maria da Penha.”

Na pesquisa de morte materna há dados que mostram morte em decorrência de aborto, mas que esse dado é pequeno.

Quando indagadas se abordam, ou não, a questão do aborto quando atendem mulheres internadas por esse motivo, as profissionais se posicionaram de maneira diferente:

“Eu não pergunto. Não dá, não tem, não dá para perguntar. Primeiro porque as mulheres já partem da idéia de que vai ser, vai ser maltratada. Não acho que eu tenho o direito a, não acho que me compete perguntar. Não acho. Eu posso discutir sobre saúde, auto-cuidado, sem perguntar: ‘Você fez aborto, você provocou, foi com cytotec, talo de mamona, você procurou uma curiosa?’, eu acho um absurdo. Não pergunto, mesmo com outro tom.”

Indagada sobre porquê de não tratar a questão do aborto na entrevista com familiares e/ou amigos da mulher vítima de morte materna, essa mesma profissional disse:

“[Não abordo a questão do aborto] Porque eu não acho que seja o problema maior, não acho. Para mim não é, não é o objeto principal de nada que aconteça com a mulher, ele é consequência, ele é consequência. Para mim ele é consequência. Então eu vou pegar onde eu acho que está a base do problema. Porque a questão do aborto vem como várias vezes veio, né?! É uma adolescente que morreu, essa foi a única que confessou, que a mãe confessou que na gestação anterior tinha sofrido o aborto. A adolescente que morreu na gestação, que não foi por aborto, ela queria o bebê, e a mãe, num sentimento de culpa tal, disse para mim que aos treze anos de idade a menina engravidou, e ela, desesperada, levou a menina numa curiosa.”

“[Não abordo a questão do aborto porque] Primeiro, não é objeto de meu interesse. Segundo, que eu acho que mexer aí eu só reforço preconceitos. Terceiro que não foi uma demanda que essa população feminina tenha me levado. O que elas me trazem, e me direcionou para a pesquisa de morte e de morbidade, para entender a morte. Essa, essa é a demanda. O que eu vou fazer com meu filho, de eu estar grave aqui, meu filho não tem ninguém para ficar, ele fica lá. É esse agravamento, que tem outros determinantes. Essa foi a demanda. A minha, o meu interesse, eu levo um ano pra fazer um projeto. Um ano em que qualquer dado novo, eu fico um ano só ‘namorando’. Só ‘namorando’, acho que eu estou determinada. Que é ‘namorar’? Deixa a onda me levar, me pega e tal. Eu só estou mapeando, depois eu venho e defino as minhas prioridades. Mas as minhas prioridades não são em cima do meu interesse, eu nem, eu nunca trabalhei com mulher. Antes era pediatria, eu vim de maus tratos e transplante hepático infantil, que é a coisa mais direcionada do mundo, o universo infantil. A tendência seria eu direcionar o trabalho para criança [e não foi o que aconteceu]. Isso [o aborto] não é a demanda. Aqui, numa maternidade com PM na emergência, que o aborto foi uma questão das mulheres daqui, nesse momento não vem. Talvez num outro momento estoure”.

No entanto, conforme sinalizado anteriormente, uma outra assistente social disse ter uma outra postura, que aborda a questão do aborto e entende que há espaço para isso:

“Quando eu vou trabalhar com as mulheres, na medida do possível eu sempre tento ler no prontuário antes de atender, então às vezes eu já sei quando é tentativa de aborto, quando é emergência máxima então elas [as usuárias] colocam, elas falam por que geralmente é assim a própria pessoa fala: ‘Você não vai falar quando chegar aquela fulana’. Elas falam por que elas chegam tão mal que elas sabem que elas precisam colocar o que aconteceu para ter um bom atendimento de saúde. Então, não vejo uma preocupação delas de esconder da equipe de saúde. Sempre tem um receio de como que elas vão ser encaradas pela equipe, se isso vai fazer com que elas sejam melhor ou pior atendidas, mas, ao mesmo tempo, elas, eu acho que é mais um tipo de sobrevivência: ‘Tenho que dizer o que eu fiz porque senão eles não vão conseguir me atender’, então não sei.

Eu, na medida do possível tento, antes de abordar essa situação, criar uma forma de que essa questão... A gente sabe que o Serviço Social é uma das profissões que integram as profissões de saúde, então eu vou tentar também fazer com que ela me veja como uma profissional de saúde, o meu interesse ali, naquela questão é do ponto de vista da saúde pública, da saúde da mulher, do que pode ter ou não na repercussão da saúde dela. Não pela questão só, mas por que às vezes eu fico com receio de como abordar se não for por esse viés e dela achar que a gente pode estar cumprindo julgamento, pois já existe no imaginário a questão do assistente social, não é? Então muitas vezes eles tem um imaginário [sobre] nosso meio. ‘Ela vai falar comigo sobre isso para ‘passar um sabão’ ou para julgar (...). Na medida do possível eu sempre tento criar uma atmosfera que ela me veja também como profissional de saúde, o meu interesse ali é a nível de saúde.”

“Geralmente a maioria, quando a gente consegue e a mulher está disponível também – porque se o outro não estiver disponível não adianta – geralmente elas relatam como foi, o que fizeram, de que forma fizeram, às vezes relatam se foi a primeira ou se não foi. O que eu tenho observado é que a maioria, não vou dizer a maioria, mas uma grande parcela que faz é por conta do envolvimento com o pai da criança, não é nem pela questão financeira, mas a gente sente que tem um componente afetivo ‘Ah é? Terminou? Então eu não vou ter um filho seu’. Também tem uma questão dessas, às vezes elas contam o porquê e às vezes o desdobramento é da gente estar contando, refletindo o que isso pode trazer de impacto para o corpo dela, para saúde dela, o que poderia ter acontecido. Muitas vezes elas chegam aqui muito mal, muito, muito mal mesmo, ficam com vários comprometimentos de saúde, algumas morrem. Aqui já teve caso de meninas de doze, treze anos morrendo por conta do aborto infectado”.

Em virtude de opiniões diferentes – acerca da questão se o aborto pode / deve, ou não, ser abordado pelos profissionais de Serviço Social quando no atendimento a mulheres que supostamente tenham provocado o aborto – parece-nos que o tema merece um trato por parte do debate profissional. Talvez pesquisas sobre o assunto e, especialmente, debates com os profissionais – quem sabe provocado pela Universidade ou por órgãos da categoria – possam apontar caminhos sobre como lidar com a questão.

Assim, chegamos à inevitável pergunta. Perguntamos as entrevistadas se eram contra ou favor da descriminalização.

Uma assistente social primeiramente disse ter dúvidas, depois se posicionou contrariamente à descriminalização:

“Aí eu fico assim, com minhas dúvidas. Sabe por que? Por que se for legalizado será que vai aumentar o número de abortos, será que as mulheres vão [pensar]: ‘Ah, eu vou engravidar porque aí eu aborto’. Eu vou ser sincera, mesmo, eu acho que manter a criminalização, sabe por quê? Uma vez que a gente está gerando uma vida ninguém tem direito de tirar, só Deus”.

“Eu acho que a gente tem que preparar as pessoas, tem que conversar, ter diálogos com seus filhos para que não chegue a esse [ponto]...”

“[Seria necessário] um trabalho educativo para que não se chegasse ao aborto, o governo oferecer condições, oferecer os métodos, pessoal capacitado, colocar mesmo em funcionamento, porque já que o planejamento familiar é da área primária, que oferecesse bem mais recursos e atendesse realmente as pessoas.”

Duas outras entrevistadas disseram ser favoráveis à descriminalização. Nas suas falas – reproduzidas abaixo – está presente o argumento de defesa da descriminalização a partir da problemática atual. Não há uma defesa, pelo menos explícita, do aborto como um direito de escolha da mulher. Nada melhor como a fala dos próprios sujeitos. Por isso, mais uma vez, lançaremos mão da reprodução do que foi dito pelos sujeitos da nossa pesquisa:

“Sou, da descriminalização sou. Primeiro, por que é uma grande hipocrisia, você não acha? Por que senão teria uma enfermaria só de gente presa, então é uma grande hipocrisia.

Primeiro por que é uma grande hipocrisia. Uma grande hipocrisia por que é uma prática que todo mundo sabe que acontece e a sociedade meio que banaliza, naturaliza, ao mesmo tempo que faz de conta que não está acontecendo, ninguém quer tratar disso. Então eu acho que é uma grande hipocrisia, acho que a hipocrisia está também que só a mulher de camada popular seria afetada por isso, por que você não vê falar, pelo menos nas classes altas. Elas têm locais seguros para o abortamento. Então, no próprio curso que a gente fez sobre o AMIU, ele contou uma experiência de uma *socialite* que numa festa, por ter usado substâncias entorpecentes, ficou um pouco fora de si e praticou sexo inseguro sabe lá nem com quem, ela não se lembrava, mas foi para o hospital no dia seguinte e não fizeram a profilaxia que tinham que fazer, pílula do dia seguinte, nada, e ela engravidou. Ela voltou no mesmo hospital chique lá, fez aborto com o médico de confiança dela, que não foi o médico que a atendeu quando procurou a profilaxia, foi e processou o hospital. Para todos os efeitos ela teve um aborto espontâneo, teve os danos físicos e morais, e é por isso que eu acho uma hipocrisia e as vítimas são as mulheres de camadas populares, são elas que morrem, são elas que vêm para os hospitais, que tem uma vida comprometida.”

Perguntamos à essa assistente social se a proposta de descriminalizar estava vinculada à questão do não acesso ao aborto seguro por parte das mulheres pauperizadas. Essa profissional disse que existem outras questões além da renda, mesmo no Brasil:

“As entrevistas que eu faço mostram que não é bem assim. Existe uma outra coisa que está perpassando aí, talvez, que ninguém ainda deu conta, passou despercebido ou então está no campo psíquico, não sei. Tem outra coisa aí, que não é só isso. As mulheres que atendo em sua maioria são mulheres que tiveram acesso ao planejamento familiar, de alguma forma, que conhecem os métodos contraceptivos. Tem a questão da gente viver numa sociedade patriarcal? Tem. Mas o interessante é que como são mulheres, na sua maioria, que tiveram que viver sozinhas, aprenderam a se virar sozinhas, vamos dizer assim, têm filho e tudo mais, têm uma força que não é só aquela da imposição do homem, pelo menos as que eu pego, a maioria. Então eu acho que tem uma outra coisa, é por isso que eu fico tão instigada com essa história do depois, como é que vai ser. Por que eu vejo que tem uma coisa aí que perpassa, não é só isso, isso também passa, mas não é só isso.”

E diferencia descriminalização de legalização:

“Eu acho que existe uma grande diferença entre descriminalização e legalização. É por que você também vai passar pela tua formação pessoal, pela tua experiência de vida, pelo que você acredita que é a vida, vamos dizer assim. Eu acho que uma coisa é descriminalizar, outra coisa seria a legalização, são duas coisas diferentes (...). Os EUA é o país da contradição, é o berço do capitalismo e, apesar disso, a gente sabe que a condição de vida não é boa para todo mundo. Mas, mesmo assim, comparando com o Brasil é um país desenvolvido e o número de abortamentos que eles têm por ano é enorme, passa dos milhões, não sei te dizer se são três ou seis, uma coisa assim, milhões de abortos legais por ano. Então se lá é assim, as condições da população lá, embora sejam difíceis, com certeza são melhores que as nossas, e isso não fez com que diminuísse, muito pelo contrário. Eu acho que são seis milhões, é quase uma população, ele botou lá o percentual, é muito alto. E é de aborto legal”.

Já os argumentos da segunda assistente social em defesa da descriminalização são:

“Eu acho que o aborto, das condições de vida, hoje, ele não é um crime, ele é algo que está aí. Se você perguntar: ‘Você faria um aborto?’ Hoje não. Se você perguntar: ‘Você não faria nunca?’. Não sei, não sei. Hoje eu tenho dois salários, duas fontes, tem um apartamento que eu pago com muito, muito trabalho, tenho um filho que já tem dez anos. Eu acho que não, eu acho que não. Agora, não sei, vai que é fruto de uma relação muito louca, que eu surte, não faço a menor idéia. É crime? Hoje não. Hoje. Com uma sociedade outra, eu vou achar que é crime? Não sei.”

“Hoje sou, sou. Está clara a minha resposta. Eu estou dizendo o seguinte, nessas condições materiais, a questão não é se o certo é que representa um ser com vida, se a religião católica está correta, se o kardecismo que diz que já estava encrustado no espírito adulto, que está pré-determinado, ele também pode estar determinado para ser interrompido. O próprio kardecismo vai usar essa questão do aborto. O problema é mais, mais de cunho cristão, mais católico, não é? Hoje, hoje, não, hoje eu não acho. Por que eu acho que a mulher, ela vai entrar numa situação de abortamento provocado, consciente ou inconscientemente, ou não, determinada por outras questões. Mas, numa outra sociedade, com outras condições materiais de vida, se você me perguntar lá na frente: ‘Você acha que deve descriminalizar o aborto?’. Talvez eu diria não.”

Assim, pelo que podemos observar duas das assistentes sociais se posicionam favoráveis à descriminalização do aborto e uma não. Dado parecido foi também encontrado por Lollato (2004) uma vez que 90% das profissionais de Serviço Social entrevistadas se mostraram também favoráveis à descriminalização do aborto.

3.4. Há uma ética profissional no meio do caminho ou ao lado da caminhada?

A indagação acima remete ao título da tese de Cardoso (2006), quando no seu estudo sobre a centralidade da ética na formação profissional do assistente social, formula a pergunta inspirada no poeta Carlos Drummond de Andrade¹¹⁰: “Havia uma ética no meio do caminho?”. Em continuação a indagação, pensamos: será o Código de Ética do assistente social uma pedra que atrapalha a caminhada profissional? Ou é a ética profissional um doce companheiro e uma bússola para o exercício profissional?

As perguntas que se originaram tendo como esse eixo de reflexão obtiveram respostas distintas. Apesar das três assistentes sociais terem dito que conhecem o Código de Ética profissional, cada uma disse, à sua maneira, o que é código, bem como se o mesmo é possível de ser implantado no hospital.

Uma assistente social disse conhecer o Código de Ética e que, devido às características da instituição, é difícil de ser implantado. Contudo, não soube tratar, pela menos na entrevista, sobre os valores do Código. Nessa questão a entrevistada buscou ler o material que tinha escrito para um projeto que estava elaborando.

“Eu acho que é meio complicado [a implantação do código de ética concretamente] (...). Por que é eu acho que o nosso trabalho fica muito assim, eu não sei se sei explicar, nós até discutimos isso já nas tuas aulas sobre funcionalismo, não é? O hospital é muito da linha funcionalista, a gente não pode desenvolver assim, depende muito da direção, tem algumas coisas que a gente gostaria de fazer e não pode porque tem total apoio, total estrutura, não sei se seria por aí.”

“É muito difícil, Maurílio, responder isso [se o código de ética pode ser implementado concretamente no hospital]. (...). Por que também nós lidamos com seres humanos e o ser humano é muito complicado. (...) Está meio difícil responder isso aí.”

¹¹⁰ A poesia, intitulada “No meio de Caminho” é a seguinte: “No meio do caminho tinha uma pedra / tinha uma pedra no meio do caminho / tinha uma pedra /no meio do caminho tinha uma pedra. / Nunca me esquecerei desse acontecimento / na vida de minhas retinas tão fatigadas. / Nunca me esquecerei que no meio do caminho / tinha uma pedra / tinha uma pedra no meio do caminho / no meio do caminho tinha uma pedra. (Andrade, 2001: 196).

Sobre algum dos valores do código de ética que considera importante, essa mesma entrevistada destacou:

“Principalmente o sigilo profissional, que a gente tem que considerar. O sigilo profissional eu acho interessantíssimo no nosso atendimento, ter o sigilo profissional. Mais um outro valor? O respeito aos colegas, ao profissional, o respeito à dignidade humana, ao ser humano, isso eu acho importante, também, reconhecer a pessoa como pessoa, mesmo, ter aqueles princípios do relacionamento, que a gente não deve se envolver, tem que respeitar a individualidade de cada pessoa. Eu acho que passa muito pelo código de ética, isso.”

Pelo menos pela resposta dada, podemos observar que essa assistente social traz, aparentemente, valores – como, por exemplo, de ser humano abstrato e muita ênfase no respeito ao outro, a ponto de pensarmos que há uma referência à “ética da neutralidade” – que nos remete não ao código de ética de 1993. Traz, também o sigilo profissional como um valor. Mesmo que o sigilo seja algo importante – sobretudo quando entendido como um direito do usuário e não como uma forma do profissional se imiscuir de alguma responsabilidade – não é um valor e sim uma prerrogativa, um direito do profissional. É possível que essa entrevistada conheça o atual código de ética – na medida em que traz termos que não lhe são totalmente estranhos – mas interprete os seus fundamentos a partir de outra perspectiva ética, possivelmente a que aprendeu no seu curso de graduação.

Se a assistente social anterior, pelo que disse, indicou pouco sobre o atual código de ética do assistente social, a fala da segunda assistente social, aqui abordada, apresenta opinião discordante sobre o mesmo código, ainda que, possivelmente, tenha uma leitura enviesada sobre o dito Código¹¹¹:

“Entrevistada: Vou falar uma coisa que, provavelmente, você vai me questionar no seu trabalho. Questionar é um direito seu. Eu acho que a categoria confundiu militância política com, é ... aquela frasesinha que eu adoro: ‘A defesa intransigente das classes trabalhadoras e populares’. Que há de intransigente nas classes trabalhadoras e populares? Todo assistente social – eu sei que você vai questionar, mas você me perguntou – todo assistente social tem que ser a favor da transformação

¹¹¹ Em virtude da riqueza dos pontos polêmicos trazidos por essa entrevistada, nesse assunto, e do debate que aí se seguiu, apresentaremos também as perguntas ou comentários que fizemos na entrevista. Com isto visamos dar visibilidade à tensão que envolveu esse momento da entrevista e melhor clareza ao fio condutor do raciocínio, e dos argumentos, da assistente social entrevistada. Entendemos que tensões, e divergências, em geral, são ricas quando tratadas maduramente; numa pesquisa de campo, como essa, fazem parte do processo, merecem ser destacadas e, possivelmente, enriquecem o debate. Com isso também nos colocamos como sujeitos do processo e abertos a críticas por parte do leitor. Poderá ser observado que formulamos falas, que considerávamos de esclarecimento, sobre o que é o Código de ética de 1993. Esse comportamento tivemos em todas as entrevistas, pois não as entendíamos como um teste de conhecimento e, sim, como um espaço educativo, de troca de conhecimentos.

da sociedade? Será que ‘Defesa intransigente das classes trabalhadoras e populares’ não nega ...

Entrevistador: *Eu quero colocar que as classes trabalhadoras não estão nesse porte...*

Entrevistada: Mas tem uma ‘frasesinha’ assim, se não tiver como classe trabalhadora é algo parecido, e na hora da minha teatralização sai assim. Mas vem, assim, a tal da defesa intransigente...

Entrevistador: *É porque o código de 1986 é que tinha a classe trabalhadora, e classe trabalhadora é muito, é muito abstrato, por que na classe trabalhadora tem alienado...*

Entrevistada: Tá, mas tem a defesa intransigente, e te leva, e te leva a fazer a ponte, estando escrito ou não, que é a questão de estar escrito ou não, com as classes trabalhadoras e populares. Eu posso pegar o código de ética que a gente, que eu vou te mostrar lá. Se não está escrito mais, te leva à ponte, te leva à ponte, né?! Defesa intransigente, deve estar agora “Dos direitos”...

Entrevistador: *Não Eu recuperei isso por que um dos motivos de mudar de 1986 para 1993, é por que o código 1986 tinha escolhido as classes trabalhadoras, então é uma coisa abstrata. Aí, como você colocou isso e eu falei ‘Só vou ver se ela acha que mantém esse espírito’, você acha que não tem...?*

Entrevistada: “Não, não, não, mantém, mantém, pode ter saído a palavrinha, mas eu não estou questionando a palavra. Eu não estou questionando o meu compromisso com a mudança estrutural dessa sociedade. Estou questionando o código de ética entrar numa discussão que é muito mais, não política profissional, não é política profissional, e, ao mesmo tempo, nega a existência de grupos da profissão que querem mais é fazer aliança com o patronato.”

Em virtude da crítica, ao nosso ver infundada, de que o Código se reduz a um compromisso com a classe trabalhadora, indagamos então como teria que ser o Código – “O código, então, teria que ser a procura do...” – o que essa entrevistada interpelou:

“Não, não estou dizendo que teria ou que não teria, não estou entrando nesse mérito. O que eu estou dizendo é que, talvez até por influência do processo histórico do Serviço Social, o código de ética reproduz um traço militante! Eu não estou dizendo como seria, até por que a minha tendência, ela é anarquista, dentro do anarquismo, de tirar a direção da mão de um, trazer a direção para a base, nesse sentido. Então o que eu acho é que há um exagero, e aí vêm os novos profissionais, que não têm uma postura ideológica política clara, vota em qualquer partido, vota no amigo. Não têm essa clareza e, ao mesmo tempo, se vê obrigado, pelo menos teoricamente, a dizer aquilo que está dentro do código de ética, entendeu?! Então a minha discussão é que eu acho que ele mantém um traço militante, mantém um traço que leva à confusão do Serviço Social, que isso tem que ser defendido na sociedade, e não como assistente social”.

“Não estou dizendo nem uma coisa nem outra [que o código de ética pode ser implementado no hospital], eu estou dizendo que ele, dependendo da clareza ideológico-política do assistente social, ele vai dar ou não conta disso, é isso que eu

estou dizendo. A minha questão, a questão para mim, não é se ele pode ser materializado ou não, a questão não é essa, a questão é, qual é a sociedade que eu defendo nas minhas relações cotidianas? Seja ela com meu filho, seja ela com meu parceiro, seja ela no trabalho. Leva a uma sociedade “assim” ou a uma sociedade “assado”? Dependendo da minha base, da minha clareza político-ideológica, ele pode ser concretizado, mas se eu não tiver isso claro, ele não faz sentido. [Assim] depende da direção consciente, política do profissional. Ele pode ser de direita ou resolver fazer o que ele acha, e não vai materializar, não, ou seja, eu só acho que a direção imposta, a direção imposta, ele transforma o jogo político num conjunto de procedimentos e valores éticos, e não tem nada a ver, é um jogo político.”

Daí, então, perguntamos: “Então a capacidade de implementar o código de ética, aqui, hoje, ela está mais vinculada ao interesse, à capacidade do profissional do que à instituição?”:

“Você está fazendo uma pergunta que eu não tenho resposta, que eu não concordo, que eu não vou conseguir te responder assim, porque ela não entra na minha lógica de encarar as coisas. Você está perguntando ‘O código de ética é possível ser materializado?’, por que, dentro da tua forma de fazer essa tua pergunta está embutido que existe um projeto ético político elaborado, um procedimento de discussões, e “tararara”, num sentido de processo histórico, e que está aqui, que representa hoje a posição política ideológica da categoria, categorias em aspas, na realidade da liderança da categoria. Aí você ta me dizendo: ‘Ele é materializado?’, e eu estou dizendo assim ‘essa pergunta não faz sentido’, porque a discussão não é a materialização desse código de ética por uma categoria, num sentido abstrato. A categoria de assistentes sociais é composta por assistentes sociais em sua individualidade, que têm origens diferentes, que têm religiões diferentes, que têm formas de ver a vida diferentes, e que não necessariamente vão concordar com a sociedade implícita nesse código de ética. Não adianta puxar à força, e aí, o que eu estou dizendo, a direção política ideológica que esse código de ética apresenta, nas suas linhas e entrelinhas, pode ser materializada? Depende da clareza política, opção política e competência política do profissional. Você está levando para um lado que eu não tenho essa resposta. Até por que eu estou lendo o que o pessoal escreve, e eu não concordo com a direção desse debate”.

Ainda assim, perguntamos quais valores do código de ética lhe chamavam a atenção, quais valores ela considerava mais fáceis e mais difíceis de serem efetivados no seu trabalho:

“Tanto os valores presentes no nosso código de ética, quanto os valores presentes na Lei 8080, como os valores presentes na Constituição, antes das reformas, eles vão poder ou não ser materializados, dependendo da correlação de forças em cada momento. Na minha opinião, eu não consigo ver um ou outro valor da democracia, da equidade, aquela outra que a gente garante a concepção das diferenças, que eu não lembro mais qual é que está, respeito às diferenças. Eu acho muito maniqueísta, esse sim, esse não [a escolha entre um ou outro valor mais possível ou menos possível de ser materializado]. Não é uma questão dos princípios, não é uma questão deles. A

questão não está lá nos princípios, a questão está numa sociedade que tem várias pessoas, que se olham na organização de grupos X ou Y, ora esse cresce e o outro diminui, que têm interesses muitas vezes que convergem, muitas vezes divergem, são antagônicos, e que, dependendo do interesse em jogo, se desrespeita qualquer espaço. Seja na família, seja nesse hospital, seja na sociedade. Se desrespeita os princípios que as pessoas dizem que elencam aqui, que elencam os outros. Então, eu não acho que seja uma questão de princípios, eu acho que é uma questão de percepção política de uma análise das correlações de forças, e quais são os interesses em jogo que estão ali.”

Consideramos a fala dessa nossa entrevistada extremamente rica, porque pode expressar uma análise de parte da categoria profissional sobre o código de ética de 1993. O Serviço Social, na sua trajetória histórica, possuiu diferentes normatizações éticas. Até o presente foram construídos cinco códigos de ética. Os três primeiros códigos, promulgados em 1947, 1965 e 1975, possuem em comum a concepção filosófica assentada no neotomismo, a partir da qual eram adotados valores abstratos e metafísicos como “bem comum” e “pessoa humana” (Paiva et alli, 1996; Forti, 1998).

A importância do código de ética promulgado em 1986 se expressa pela superação da concepção ética acima citada, pelo rompimento com o funcionalismo, explícito nos códigos de ética de 1965 e 1975 (Paiva e Sales, 1996), e pela adoção de uma concepção ética historicamente situada que, no fundo, expressava a afirmação de um novo papel profissional, baseado no compromisso, que implicava uma nova qualificação para a pesquisa, a formulação e a gestão das políticas sociais (Paiva et alli, 1996).

Entretanto, apesar dos avanços que expressa o código de ética de 1986, foi necessária sua revisão, com vistas a superar os seus limites. Fazia-se necessária a superação dos limites teórico-filosóficos deste código, buscando o aperfeiçoamento da sua operacionalização e o redimensionamento da capacidade e do *direito de opção dos assistentes sociais, na perspectiva de uma ação crítica e democrática* (Paiva et alli, 1996). O código era um documento datado, com forte influência da conjuntura da época, expressando uma leitura idealista da profissão, onde havia uma supervalorização do aspecto político e de ideologização do código de ética, sendo expressão disso, exatamente, o seu trato à questão da classe trabalhadora:

“Ao vincular, mecanicamente, o compromisso profissional com a classe trabalhadora, sem estabelecer a mediação de valores próprios à ética, reproduz uma visão tão abstrata quanto a que pretendia negar. Por exemplo, onde o Código de 1975 afirma que o assistente social pode romper com o sigilo em casos de prejuízo ao bem comum, lê-se em 1986: ‘a quebra do sigilo só é admissível, quando se tratar de situação

cuja gravidade possa trazer prejuízo aos interesses da classe trabalhadora' (CFAS, 1986: 12).

Na medida em que o compromisso e as classes não são tratados em suas mediações em face da ética profissional, o Código não expressa uma apreensão da especificidade da ética; em vez de se comprometer com valores, se compromete com uma classe, o que é o mesmo que afirmar que tal classe é, *a priori*, detentora dos valores positivos, o que configura uma visão idealista e desvinculada da questão da alienação” (Barroco, 2001: 176-177. Grifos originais).

Por isso a revisão do Código de ética apontou para essa superação:

“Entendeu-se, sobretudo, a necessidade de estabelecer uma codificação ética que desse concretude ao compromisso profissional, de modo a explicitar a dimensão ética da prática profissional, afirmar seus valores e princípios e operacionalizá-la objetivamente em termos de direitos e deveres éticos. Neste sentido, o recurso à ontologia social permitiu decodificar eticamente o compromisso com as classes trabalhadoras, apontando para a sua especificidade no espaço de um Código de Ética: o compromisso com valores ético-políticos emancipadores referidos à conquista da liberdade”. (Barroco, 2001: 200).

Assim, a crítica que faz essa entrevistada ao Código de Ética de 1993 nos parece carecida de fundamentos, uma vez que se buscou superar exatamente a visão mecanicista de que a classe trabalhadora possui um único conjunto de valores, presente no Código de ética de 1986¹¹².

No entanto, o código de ética de 1993 não tem uma posição dogmática, está aberto para o pluralismo e defende a existência de diferentes correntes na profissão. Mas propõe um eixo para isso que é a defesa da liberdade e da democracia. Por isso o Código se opõe ao autoritarismo em suas diferentes expressões (como política de Estado, como expressão da ação profissional, como ideologia etc)¹¹³. Assim, de fato, em que pese a crítica da assistente social entrevistada, o Código de 1993 defende o exercício profissional numa perspectiva profissional distinta daquela que quer fazer aliança com o patronato. Essas são algumas das características do atual código de ética dos assistentes sociais de 1993, fruto de um debate profissional realizado em vários fóruns.

¹¹² Isso não pode ser confundido com um dos princípios do atual código de ética: “Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores”. Aqui há o compromisso do assistente social com os *valores* do código e com os valores históricos da luta dos trabalhadores. A classe trabalhadora é tomada a partir de valores específicos e não abstrata como se fosse a classe trabalhadora em si, homogênea.

¹¹³ Essa concepção assenta-se na idéia de pluralismo com hegemonia, conforme tratado por Coutinho (1995).

Todo código de ética estabelece as balizas para o exercício de uma profissão, logo não é neutro. É expressão do debate hegemônico na profissão, não está cristalizado, pode ser reconstruído, com vistas à superação ou a um retorno ao passado.

Consideramos ricas as ponderações dessa entrevistada sobre o código de ética de 1993, porque podem nos apontar críticas latentes de parte da categoria profissional; no entanto, não nos é possível afirmar que assim pensa a entrevistada, uma vez que recuperou uma crítica ao código a partir da sua relação como um instrumento norteador do exercício profissional em relação à diversidade de concepções sobre a profissão existente no conjunto da categoria dos assistentes sociais e não a partir do seu singular exercício profissional. Em outros termos: a sua defesa de que o código de ética deveria contemplar os profissionais que querem fazer aliança com o patronato, não significa que assim o faça a entrevistada no seu exercício profissional.

Diferente dessa assistente social, que criticou o código de ética e da primeira fala tratada nesse item, que pouco tratou sobre o mesmo, pelo menos nas entrevistas realizadas, a nossa terceira entrevistada sinalizou para a pertinência do código e indicou que o mesmo ainda não é conhecido por todos os assistentes sociais:

“Eu acho, eu acho que sim [que o código pode ser materializado no hospital]. Eu acho que é desafio. Mas eu acho que muitas vezes é interessante como os profissionais não conhecem o seu código de ética, não conhecem mesmo. Eu sei, porque teve uma vez que eu, brincando, falei assim: ‘Ah, fica se metendo no trabalho da outra, vai ler, por que um assistente social só pode interferir no serviço prestado por outro quando for solicitado ou em situação de emergência comunicando imediatamente ao outro do que está fazendo’, ‘Hã?Hã?’. ‘É não sabia não?’, então assim, brincando, foi assim brincando. Mas as pessoas não conhecem e o que eu não conheço não tem como fazer, não tem jeito.”

Sobre quais valores do código de ética considera mais fáceis e mais difíceis de serem implementados, essa entrevistada expressou:

“Eu acho que um dos mais difíceis é essa questão de você, como é que eu vou falar, vou falar como um todo, não vou falar só do Serviço Social. Quando a gente fala do respeito ao usuário, a cada um independente da sua inserção social, não o cerceamento à liberdade do outro. Eu acho que isso é meio difícil aqui. Às vezes eu vejo a gente no setor, você acaba colocando os nossos valores e meio que tutelando e cerceando e você vai fazer o que eu quero, do jeito que eu quero, porque assim que é o melhor para você e acabou. Entendeu? Não é só a gente, é o hospital como um todo, tem um texto que eu li que eu gosto de trabalhar com estagiário que ‘coitado de você, na hora que você entrar no hospital, agora você pertence ao hospital, você não é mais você, você não é mais dona da sua vida, você pertence ao hospital’. E quem é o

hospital? Você fala em hospital como uma coisa meio... Toca na vida do outro e o outro, às vezes, acha que vai saber o que é melhor pra você”

“Não acho que nada ali [no código de ética] é mais simples de ser implementado. Eu acho que tudo é um desafio, o pessoal fala que sabe separar as coisas, separar o pessoal do técnico e não sei o que mais. E eu sempre brinco assim: ‘Como é que vocês fazem isso? Porque são pessoas, então tudo que a gente faz é pessoal’. Eu acho que nada é tão simples, porque depende da vontade individual. Não adianta estar escrito lá, todo mundo saber, tudo mundo ler, lindo e maravilhoso, ir a todos os congressos, todas as coisas, dizer que tem ‘N’ projetos, pois acaba que no final das contas depende da vontade de cada um, de buscar implementar os princípios ou não, de brigar por eles ou não, de acreditar ou não. Por que tem também muita gente que não acredita, talvez não vai ter coragem de falar, mas não acredita. Eu acho que não é simples, nada ali eu acho que é simples, eu acho que tem possibilidades, muitos desafios mas que seja simples, eu não acho, não. Eu acho que às vezes a gente até, por mais bem intencionado que esteja, assim, entre aspas, pode achar que está fazendo e não está”.

“Eu acho que é possível [concretizar o código de ética] por que depende do que cada um, do projeto de profissão que cada um defende. Se eu defendo o que tem ali no código é por que eu acredito que é possível. Então eu vou correr atrás, não vou dizer utopicamente que vai tudo se materializar, mas a gente só defende o que acredita, então, se eu acredito, eu vou correr atrás. Eu acho que é possível, a gente tem muitas possibilidades aqui dentro, mas dessa forma como a gente está, eu acho que a gente está muito fragmentado, pulverizados em clínicas, muitas vezes em situações burocráticas que são importantes, mas que a gente poderia contribuir em outro nível, mostrar uma outra cara: ‘Olha a gente também tem capacidade para gerência’. Então é nisso que eu estou querendo dizer quando eu falo do plantão, sair desse miúdo e mostrar no hospital que a gente tem capacidade de planejar, de gerência, de fazer um projeto, disso, daquilo. Eu acho que a gente tem muita possibilidade de implementar tudo aquilo, mas é um desafio”.

Pelo menos na fala dessa assistente social – talvez porque ela tenha destacado que existem assistentes sociais que não conhecem o código de ética – parece-nos que fica latente que a possibilidade de implementação do código está vinculado à capacidade profissional. Pouco é tratado sobre as condições objetivas e sobre a correlação de forças para que o código se materialize na instituição. Se é isso, temos que ficar atentos, pois a implementação do código de ética, tal qual o trabalho profissional no seu conjunto, não depende apenas da vontade e consciência do profissional, ainda que sejam fundamentais. Iamamoto (1995 e 1998) se referiu que devemos evitar tanto o messianismo profissional como o fatalismo, pois são expressões a-históricas e deterministas.

Por fim, queremos destacar que de todos os aspectos tratados nas entrevistas, foi a ética profissional o que mais suscitou análises diferentes. Isso talvez indique de que não haja somente uma incorporação formal da categoria profissional – conforme pensávamos

no início da pesquisa – sobre os valores contidos no código de ética, mas que há incorporações em diferentes níveis desses valores, bem como existem também divergências sobre a adoção de tais valores.

* * *

“Baralhar bem antes de ler” (Ana Cristina César, 2008).

Esta frase nos serve de inspiração para esta parte da tese, já que aqui tentaremos refletir sobre o que, em termos genéricos, as entrevistas anteriormente analisadas nos trazem. É claro que não se pretende entender que tais falas nos dão, com exaustão, um panorama sobre o exercício profissional na saúde. Não é essa a pretensão. Afinal, o estudo se localizou em uma instituição de um determinado Estado desse imenso país. Ainda na instituição, foram entrevistados três assistentes sociais, o que significa um pequeno universo. Contudo, entendemos que a pesquisa é significativa por que faz uma análise concreta do real posto no cotidiano de trabalho e dos desafios que daí emergem para os profissionais de Serviço Social. Pensando assim, como um estudo, que pode, a partir do singular, indicar pontos para o geral, é que queremos estabelecer alguns pontos para novas reflexões e ações profissionais.

Os assistentes sociais, a partir do trato com os usuários dos seus serviços, têm acesso a um conjunto de questões que fazem com que esse profissional conheça, de maneira bem aproximada, as condições de vida e trabalho de parcelas significativas da população. Em que pesem as expressões da questão social não serem apenas a pobreza – pensemos aqui no caso da terceira idade e o trabalho que muitos assistentes sociais vêm desenvolvendo a partir do impacto do que significa ser velho na sociedade capitalista – os assistentes sociais, na sua maioria, atendem pessoas distantes de viverem, por exemplo, em condições habitacionais com saneamento adequado e de possuírem vínculo formal de trabalho. Além de conhecerem parte das condições de vida e de trabalho da população, os profissionais de Serviço Social também sabem das dificuldades vividas pela população e das estratégias, quando existentes, de acesso aos serviços. Enfim, possivelmente é a corporação profissional que mais proximamente sabe das dificuldades e das rebeldias, nos termos de Yamamoto (1998), de sobrevivência dos estratos populacionais que mais sofrem com a desigualdade gerada pelo próprio capitalismo.

Assim é que os assistentes sociais, em geral, realizam uma acurada análise dos limites e contradições do Sistema Único de Saúde. Contudo, é possível que parcela da categoria profissional, mesmo conhecendo a problemática que envolve o SUS na atualidade, não domine as origens disso. É necessário ao Serviço Social, junto do conhecimento dos problemas que envolvem o SUS, articulá-lo com suas raízes, o que implica reconhecer dois importantes aspectos: desnudar a relação que há entre política econômica e política social; e, também, compreender os determinantes da formação social e econômica desse país e das suas instituições.

Conhecer as agruras por que passa a população usuária do SUS e os problemas concretos desse sistema não é pouca coisa. Mas, conhecendo os fundamentos desses problemas podem os assistentes sociais fazer uma análise mais acertada e projetar ações mais factíveis. Naturalmente isso vai fazer com que o profissional de Serviço Social pense sobre o seu cotidiano de trabalho e isto pode repercutir em uma mudança positiva para o trabalho realizado.

Evidente que para o assistente social pensar criticamente no seu cotidiano de trabalho ele precisa estabelecer condições para isso – a suspensão das atividades realizadas – que pelo visto são cada vez mais difíceis, frente às condições objetivas de trabalho (como, por exemplo, a fragmentação do trabalho coletivo em saúde e a impossibilidade de dedicação exclusiva a um emprego), bem como as exigências próprias da vida cotidiana. Contudo, é nesta mesma vida cotidiana que também podemos encontrar exigências que, ao contrário da reificação, nos direcionam para o humano genérico (Barroco, 2008). Enfim, a realidade é contraditória. Mesmo com a tendência à alienação, também chegam aos homens exigências não alienadas. Para isso deve ele, o homem, estar atento. Mas como ficar atento?

Existem objetivações postas na vida cotidiana – como a arte, a ciência e a ética – que podem nos possibilitar uma reflexão crítica sobre o cotidiano. É claro que, pelas exigências desse cotidiano, não é possível ao homem ficar suspenso permanentemente, mas como já falamos, ao retornar à vida cotidiana o homem volta diferente. Assim também se dá no trabalho. É possível ao profissional de Serviço Social viver – parcialmente, uma vez que está inserido numa instituição e em um trabalho coletivo, ambos fragmentados – criticamente o cotidiano de trabalho. Para tanto, nos parece serem fundamentais o investimento em sua formação intelectual, a pesquisa e a análise crítica sobre os seus valores.

Nas instituições de saúde os assistentes sociais são demandados, de acordo com o termo de Costa (2000), para serem o elo invisível do SUS. Conforme tratado em outro capítulo, é encarando essa questão como trabalho e ao mesmo tempo apresentando proposições na direção do projeto de profissão que queremos construir que avançaremos nessa área. Muitas demandas da população usuária do Serviço Social se colocam aos profissionais e estes podem, ou não, dar visibilidade a elas. Consideramos importante, a par das condições objetivas de trabalho, que os assistentes sociais dêem visibilidade para questões que sejam relevantes para a população a partir da opinião dela, e isso se obtém por meio da pesquisa. Somente assim, acreditamos, podemos afirmar que uma demanda não é importante para os usuários. É encarando o tema que poderemos saber se o tabu é mais do usuário ou do profissional.

É possível que o aborto provocado não seja abordado pela maioria dos profissionais de Serviço Social não apenas pelos limites que a sua criminalização impõe para o atendimento e pela falta de projeto multiprofissional sobre o tema, mas por que este debate talvez ainda esteja incipiente para parcela da categoria profissional (no que tange ao direito da mulher, independente da mudança das condições de vida no Brasil) ou mesmo porque parte dessa categoria seja, de forma crítica ou não, contrária a sua descriminalização. No entanto, isso não desfaz o fato de que, possivelmente, a maioria da categoria possa ser favorável à descriminalização do aborto.

Passados dezesseis anos de promulgação do atual Código de Ética dos assistentes sociais, ainda se fazem importantes ações de formação sobre o mesmo, bem como debates – abertos, inclusive, para aqueles estratos profissionais que discordam – baseados nos princípios do pluralismo, que o próprio Código adota.

Iniciamos essa pesquisa apontando a hipótese de que havia uma incorporação formal da categoria dos assistentes sociais acerca dos projetos ético-político do Serviço Social e da reforma sanitária e que, por isso, mais importante que pensar estratégias de capacitação era fundamental discutir a questão da internalização dos valores. Continuamos a acreditar que valores não se adquirem formalmente, mas se internalizam. Contudo, tão importante quanto tratar dessa questão é avançarmos, junto com a discussão da ética, na formação profissional continuada sobre os temas abordados nessa tese.

Considerações Finais

Considerações Finais

No período de redação dessa tese tomamos contato com estudos que, pautados em um momento e numa realidade distintos do nosso, apontavam para a utopia de construção de um projeto de superação do capitalismo. No estágio de pesquisa realizado em Portugal, durante as comemorações dos 33 anos do 25 de abril nos tomávamos de uma nostalgia de ter vivido aquele período. Essa nostalgia vinha também embalada pela tristeza de observar, naquele ano de 2007, o início do desmonte do Estado de direitos criado pelos portugueses após a Revolução dos Cravos.

Lendo Berlinguer (1987) nos deparamos com suas reflexões para a construção do Serviço Sanitário Nacional na Itália e sua defesa de uma reforma sanitária. Não à toa, é este autor referência para o movimento sanitário brasileiro na sua articulação. O contato com Donnangelo e sua precisa análise, publicada no já longínquo ano de 1975, sobre a tendência da constituição de um trabalho em saúde cada vez mais coletivo, ainda que fragmentado, nos fizeram também tomar contato com o potencial desbravador e desejante de construção de uma outra política de saúde, que não marcada pela centralização, controle e direcionada apenas para o atendimento à doença. Por isso, ler Rodriguez Neto (2003) e suas minúcias sobre os meandros de luta para a inscrição da “Saúde como direitos de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988 foi não só importante, mas também estratégico, para reafirmar que o SUS foi uma luta dos setores de esquerda deste país.

A profissão, que aqui também foi tratada, passou por momentos importantes de ruptura com o conservadorismo e a perspectiva de construção do novo, que mais à frente foi denominado de projeto ético-político do Serviço Social. O contato com a bibliografia que trata da particularidade do movimento de reconceituação do Serviço Social no Brasil nos fez lembrar como a construção deste projeto que temos hoje foi tecida a muitas mãos.

As leituras e reflexões que fizemos, no processo de elaboração da tese, nos gerou uma imensa vontade de termos estado lá: na rua com os portugueses cantando “Grândola, Vila Morena”¹¹⁴; na Itália, ouvindo e fazendo o que propunha Berlinguer nas suas

¹¹⁴ Referimo-nos à canção com esse título, composta por José Afonso, que foi o hino e a senha – a música que os militares revolucionários puseram quando tomaram a rádio estatal – na Revolução dos Cravos: “Grândola Vila Morena / Terra da fraternidade / O povo é quem mais ordena / Dentro de ti, ó cidade. Dentro de ti, ó cidade / O povo é quem mais ordena / Terra da fraternidade / Grândola Vila Morena / Em cada esquina um amigo / Em cada rosto, igualdade / Grândola, Vila Morena / Terra da fraternidade / Terra da fraternidade / Grândola, Vila Morena / Em cada rosto igualdade / O povo é quem mais ordena / À sombra de uma azinheira / Que já não sabia a idade / Jurei ter por companheira / Grândola a tua vontade / Grândola a tua vontade / Jurei ter por companheira / À sombra duma azinheira / Que já não sabia a idade”.

andanças nos encontros de estudantes de medicina, no Instituto Gramsci ou no Partido Comunista; no final dos anos 1970 e participar da reconstrução dos movimentos sociais no Brasil e sua luta por democracia e políticas públicas, inclusive da saúde; de estarmos no Centro de Convenções Anhembi e termos participado da reviravolta que foi o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como o “Congresso da Virada”.

O que a nossa nostalgia expressava não era uma descrença de que hoje é possível fazer oposição ao capitalismo, mas era a de viver um momento quando essa perspectiva não era de minoritários e, sim, de muitos. Claro que nunca foi para todos. Mesmo assim, impossível não lembrar de Marilena Chauí em uma entrevista à revista Caros Amigos, em 1999: “Toda pessoa deve viver uma paixão e uma perspectiva de revolução”.

O tempo atual que vivemos é, conforme atentou Iamamoto (1998), inspirada nos versos do poeta Carlos Drummond de Andrade, um “tempo de divisas”. A realidade tem sido cruel para muitos, como relatam os dados sobre as condições de vida na África, na América Latina, em países da Ásia, e em segmentos populacionais – cada vez mais crescentes – na Europa e na América Anglo-saxônica. O mundo tem ficado, nos termos do compositor Andre Azambuja, “pequeno pra caramba”, não só no que tange ao intercâmbio entre pessoas de diferentes nacionalidades, mas também no que tange à agudização e à perversa naturalização dos efeitos da questão social.

No Brasil diariamente identificamos diferentes agressões aos nossos direitos. Políticas e instituições, patrimônios do país, são aviltados e vemos reações frágeis. Será que perderemos o pouco que conquistamos? Enquanto aluno, vivemos a intervenção da Igreja na PUC-SP com a demissão de vários professores – com uso, inclusive, do argumento idade, como se velhice fosse antônimo de sabedoria, essa um valor fundamental para aqueles que exercem a docência – e uma reação menor da comunidade acadêmica do que se esperaria de uma universidade que desafiou, sob a direção da reitora Nadir Kfoury, conforme já lembrado nessa tese, a ditadura, ao abrigar a reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

Conforme apontaram Marx e Engels, “Tudo que é sólido se desmancha no ar”. Portanto, em que pese a nostalgia que nos acompanhou na leitura dos nossos referenciais teóricos e da vivência com as comemorações da revolução lusitana, isso não significou uma posição de que não há o que fazer. Ao contrário. As perguntas eram: onde estão os outros integrantes do coro dos descontentes? Como desmascarar esse êxito ideológico do neoliberalismo – conforme trata Anderson (1995) – uma vez que concretamente não conseguiu cumprir a promessa de reativar a economia após a crise de 1973?

Mesmo que estejamos vivendo um momento de cruzada avassaladora aos direitos duramente conquistados no Brasil, e que no marco mais geral a supressão do capitalismo esteja imprevista, há em curso um processo de crise do capital que se evidenciou desde o final de setembro de 2007, do qual a maior expressão foi a falência de diversos bancos e o socorro estatal, não só nos Estados Unidos (epicentro da crise), mas também em alguns países da Europa. Essa crise, mais uma dentro do capitalismo, aparentemente liquidou o discurso do Estado Mínimo, pregado pelo neoliberalismo. Mesmo que a falácia da realidade de um Estado ausente do seu poder regulador já tivesse ido à baila – afinal, como afirmou Netto (1995), o Estado nunca tinha sido tão máximo para o capital e mínimo para o social –, a intervenção estatal de grandes países capitalistas encerra a possibilidade de êxito do neoliberalismo. Mas, infelizmente, não acaba com o capitalismo.

Parece que, cada vez mais, tratar sobre o tema do direito à saúde e da descriminalização do aborto no Brasil é estar no “rastro dos acontecimentos”¹¹⁵.

Dados recentes divulgados pela mídia apontam que os gastos do governo brasileiro com a seguridade social caíram pela primeira vez em 12 anos. Em que pese o presidente Lula ter dito em 2007, com a perda da CPMF, que não haveria cortes na área da saúde, não foi o que, aparentemente, aconteceu. Em termos proporcionais houve uma redução de investimento na saúde enquanto que na assistência social, durante o mesmo período, houve uma ampliação de 16% (Folha de São Paulo, 11/01/2009).

Conforme problematizamos, no primeiro capítulo da primeira parte, a tendência do governo de direcionar para a política de assistência social – especialmente através do bolsa família, que é um programa de governo – a responsabilidade pela resolução dos problemas oriundos da histórica desigualdade, diminuindo, inclusive, investimento em outras políticas, como a saúde e o saneamento, indicam um nó que se complexifica com a não reorientação da política macro-econômica.

Além do problema do financiamento do Sistema Único de Saúde – expressão da relação entre política social e política econômica escolhida pelo atual governo – os tempos atuais apontam para a pertinência do debate sobre a saúde. Conforme previsto, permaneceram e aumentaram os problemas de saúde que poderiam estar erradicados; no início de 2009 os casos de dengue no estado da Bahia, nordeste do país, ganharam espaços na mídia.

¹¹⁵ Utilizamos esse termo – aprendido em uma orientação com a professora Alcina Martins, quando do estágio de pesquisa em Portugal em 2007 – na introdução da tese, para se referir à postura investigativa que tivemos acerca dos fatos que envolviam a sociedade portuguesa na época. Recuperamos essa mesma idéia aqui, nas considerações finais.

Mas, sem dúvida, dos temas tratados na tese o de maior destaque público tem sido o aborto. Em março de 2009 ganhou manchete a questão de interrupção da gravidez, de gêmeos, de uma criança de 09 anos, abusada sexualmente pelo padrasto. Segundo relato do médico que atendeu à criança, a mesma é franzina, tendo em torno 30 quilos, e após o procedimento de abortamento reagiu bem, mas brincava com uma boneca e um urso de pelúcia, parecia não ter noção do que estava acontecendo.

O aborto no caso dessa criança era um direito, previsto no Código Penal de 1940, e uma imperiosa necessidade, na medida em que a avaliação médica previa sérias complicações à saúde dessa criança, com plausível possibilidade de morte. Isso não impediu que Dom José Cardoso Sobrinho, arcebispo de Olinda e Recife, não só condenasse o aborto, como também fizesse o possível para impedi-lo. Não tendo conseguido, excomungou a mãe e a equipe de saúde que participou do abortamento¹¹⁶. Situação depois revista pela própria CNBB, fruto, certamente, do debate gerado.

Temos por tese que essa postura autoritária e medieval da Igreja, ao mesmo tempo em que ensurdeceu o debate para aqueles que buscam seguir à risca os preceitos da Igreja Católica, por outro lado contribuiu para amplificar o debate sobre o aborto. Na mídia não encontramos nenhuma entrevista, que não fosse com representantes da hierarquia católica, contra o aborto praticado. No entanto, muitas pessoas se pronunciaram contra, especialmente os ministros de Estado – como José Temporão, ministro da saúde, e Carlos Minc, ministro do meio ambiente – e o presidente Lula, a ofensiva da Igreja. Sobre isso, a manchete de capa de um jornal popular do Rio de Janeiro, “O Extra”, indicou: “Lula apóia aborto de menina e faz críticas à Igreja” (Extra, 07/03/2009).

Parece-nos que tende a haver muitos debates sobre o aborto no Brasil nos próximos anos e que não há uma tendência de que em breve haja a sua descriminalização. Mas pode acontecer um avanço nas polêmicas que envolvam o assunto – que podem culminar com a ampliação das exceções que legalmente amparam a opção pelo aborto – desde que o Estado (representantes dos governos, suas instituições e seus trabalhadores) se mantenha distinto da Igreja e de outras religiões (no caso do governo federal e em outras esferas de governo), ou inicie uma distinção entre estas instituições (no caso, ainda, de muitos governos locais que misturam a ação de governar com credos religiosos). Outra condição é que o debate sobre o aborto, junto à população, seja feito a par de experiências concretas. Sobre esse último aspecto reafirmamos a nossa hipótese que quando a

¹¹⁶ Curiosamente a Igreja não excomungou o padrasto, afirmou que o estupro por ele promovido foi um “ato insano”, mas não tão grave como o aborto (Folha de São Paulo, 07/03/2009).

problemática do aborto ganha uma cara e uma história, na vida de mulheres singulares, há uma tendência de se refletir sobre o direito o aborto além dos dogmas, que podem ser incorporados pelas pessoas acriticamente em virtude do caldo cultural conservador que impregna as instituições formadoras na sociabilização primária e secundária – notadamente a família, a escola e a religião – da maioria da população brasileira.

Em virtude das muitas questões que envolvem o acesso ao direito à saúde e ao aborto, por livre escolha da mulher, existem ainda muitas ações a serem afirmadas e outras a serem construídas. Essa tem sido um bandeira de luta dos movimentos sociais em defesa da saúde e, também, do movimento feminista. Mas não podem ser somente desses movimentos: é necessário que outros movimentos e organizações se articulem em torno dessas e de outras questões. As conquistas na Constituição Federal de 1988 relativas aos direitos sociais foram adquiridas por que ali se formou uma aliança de diferentes segmentos em torno de linhas estratégicas em comum. O movimento sanitário conseguiu inscrever seus princípios no SUS por que foi sujeito e produto de um amplo leque de mobilização, sendo, na prática, um elo aglutinador e direcionador, da reorientação da política de saúde no país.

O contexto de 1988 era de esperança na transformação e de uma perspectiva de um projeto alternativo ao da ditadura militar. Somos sabedores que, no período seguinte, vivemos no Brasil, e no mundo em geral, um contexto de discurso de fim das ideologias e de vitória do capitalismo, sob a égide do neoliberalismo. Por isso, conforme sinalizado anteriormente, explicitar as raízes da atual crise do capital é estratégico. Mesmo que não tenhamos, ainda, força, para contrapô-lo.

Nesse processo é importante que estejamos atentos à realidade. O poeta Carlos Drummond de Andrade já nos disse que “Os lírios não nascem das leis”. Lírios nascem do solo, bem tratado e, para tanto, também bem observado. Podemos, se estivermos não somente atentos, mas capazes de uma análise crítica, construir estratégias de ação que questione a lógica vigente e aponte novos caminhos, com vistas à superação da atual ordem das coisas.

O processo de superação pode se dar em duas perspectivas, pelo menos. Uma, pelo campo da ação política, levando em consideração a necessária e premente reflexão a ser desenvolvida sobre o limitado papel que os partidos vêm assumindo no país¹¹⁷. E outra pelo compromisso profissional, pela escolha teórico-política que algumas profissões

¹¹⁷ Tema que naturalmente extrapola essa tese.

podem estabelecer, na linha da distinção e interlocução que Netto (1999) faz sobre projetos societários e projetos profissionais.

O Serviço Social é uma profissão especial, pois no ofício da grande maioria dos seus profissionais está o trato com inúmeras problemáticas trazidas pelas pessoas que atendem. Na particularidade de cada vida estão expressas, aos olhos do profissional, várias dificuldades de se viver nesse mundo, mas também várias estratégias de resistência. Essas vidas – para a instituição, esses dados – são expressões vivas de que a questão social não só existe e permanece, mas se agudiza e ganha, cada vez mais, não só novas expressões, cada vez mais cruéis.

Assim, não há dúvidas de que os assistentes sociais atuam sob o fogo cruzado. Impossível não saber, na prática, das configurações que o capitalismo inscreve na vida das pessoas. O “fogo cruzado” aqui não é trazido apenas como um termo popular, mas como expressão. Refere-se a existência de dois fogos, vindos de direções contrárias. Não é possível ficar no meio. Yamamoto (1995) já nos disse que é improvável ao profissional de Serviço Social ser o mediador de interesses, tanto do seu empregador como dos interesses dos usuários. Necessariamente o profissional escolhe um desses pólos e por meio do seu exercício profissional o fortalece.

O Serviço Social brasileiro, nos seus pouco mais de setenta anos, atravessou diferentes fases. Desde fins da década de 1970 vem tecendo, conforme tratado na tese, um projeto de profissão inovador, intitulado “projeto ético-político do Serviço Social”. Aprofundar esse projeto contribuindo para a sua densidade teórica e, especialmente, ampliar as experiências de intervenção profissional pautada no projeto, torna-se uma necessidade.

No processo de ruptura com o conservadorismo na profissão algumas questões não foram, em geral, priorizadas, como, por exemplo, a análise sobre as particularidades do exercício profissional na suas diferentes áreas. Sem correr risco de um retorno ao passado – ao contrário, incorporando o grande avanço da profissão nos últimos trinta anos, que nos qualifica desde os anos noventa do século passado como uma profissão em sua maioria intelectual, nos termos de Netto (1996a) – temos o desafio de explicitar as particularidades do exercício profissional com vistas a subsidiar os profissionais de Serviço Social, sem com isso dissociar que o fundamento da profissão são as expressões da questão social. Esse desafio também atravessou a elaboração da tese. Acreditamos que na saúde essa demanda tem sido mais forte, devido aos fatos de que, historicamente, esse tem sido o maior campo de trabalho dos assistentes sociais, à centralidade do médico no trabalho

coletivo em saúde e, mais recentemente, ao fato do profissional de Serviço Social ser considerado um profissional da saúde, o que nos pôs desafios, uma vez que não é a profissão apenas da área da saúde. Essas questões nos fizeram refletir sobre o Serviço Social neste campo profissional, mas, também pesquisar empiricamente sobre o exercício profissional na área.

Se nos referimos há pouco que tratar do direito à saúde e da descriminalização do aborto é estar no “rastros dos acontecimentos”, em virtude das ofensivas que cada vez mais emergem, também nos compete considerar o outro lado da questão, pois tratar do projeto ético-político do Serviço Social em sua relação com a política de saúde é também estar no mesmo rastro.

Na atualidade o Serviço Social brasileiro comemora os trinta anos do “Congresso da Virada”. Desde então, muitos avanços foram conquistados e ainda há muito por fazer. Em que pese a conjuntura desfavorável dos anos noventa do século passado e da atual década, esse projeto conseguiu manter a sua hegemonia. Atualmente, conforme tratamos, existem algumas questões que põem como risco essa hegemonia. Contudo, isso não impede que façamos uma análise crítica sobre tudo isso, mas que também comemoremos essa conquista.

No atual contexto se renovou a necessidade do Serviço Social refletir sobre a sua função social na saúde. O Conselho Federal de Serviço Social elaborou um documento sobre as “atribuições e competência dos assistentes sociais na saúde”, que numa perspectiva muito interessante trata da materialidade do exercício profissional para além do que tradicionalmente realiza a profissão o que, nos termos de Netto (1992) significa a execução terminal das políticas sociais. Assim, o documento, sem abrir mão do exercício profissional nas ações assistenciais, traz também a inserção profissional do assistente social em demandas emergentes e nas demandas clássicas, repostas com outro substrato teórico: ações interdisciplinares; ações sócio-educativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; e ações de assessoria e qualificação profissional. Esse documento começará a circular nesse ano e poderá dar um impulso para a qualificação do exercício profissional na área.

Assim, se vivemos situações de agressão aos nossos direitos, de falta de um projeto político que unifique a esquerda, de uma aparente apatia dos sujeitos, dentre outros, vivemos, também, ao mesmo tempo, situações e possibilidades que apontam para outros valores, de justiça social, de liberdade e de democracia. Cabe a todos nós analisarmos e desvelarmos todos os rastros e optarmos por aqueles que queremos, que valem a pena o

investimento de nossas vidas. Sabemos que a correlação de forças, a partir da perspectiva abraçada nessa tese, é desfavorável. Mas podemos, cada um de nós, ser coerentes conosco, com o outro, com o mundo e com o futuro. Marx, mais uma vez, pode nos servir de inspiração:

“Pressupondo o *homem* enquanto *homem* e seu comportamento com o mundo enquanto um [comportamento] humano, tu só podes trocar amor por amor, confiança por confiança etc. Se tu quiseres fruir da arte, tens de ser uma pessoa artisticamente cultivada; se queres exercer influência sobre os outros seres humanos, tu tens de ser um ser humano que atue efetivamente sobre os outros de modo estimulante e encorajador. Cada uma das tuas relações com o homem e com a natureza – tem de ser uma *externação* (*Äusserung*) *determinada* de tua vida *individual efetiva* correspondente ao objeto da tua vontade. Se tu amas sem despertar amor recíproco, isto é, se teu amar, enquanto amar, não produz o amor recíproco, se mediante tua *externação de vida* (*Lebensäusserung*) como homem amante não te tornas *homem amado*, então teu amor é impotente, é uma infelicidade” (Marx, 2004: 161. Grifos originais).

Uma profissão se constrói cotidianamente pela ação dos seus sujeitos, a partir das condições objetivas de trabalho, das requisições que se apresentam e da capacidade de leitura e de resposta dada pelo profissional às demandas. Por isso, importante é o estudo crítico de situações concretas sobre o exercício profissional, uma vez que o seu desvelamento pode contribuir para o aperfeiçoamento do exercício profissional. Esse foi o intento dessa tese.

Bibliografia

Bibliografia

- ABESS. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. In: CRESS 7ª Região. *Assistente Social: Ética e direitos - Coletânea de leis e resoluções* (3ª edição). Rio de Janeiro: Lidador, 2001.
- ABREU, Marina Maciel. *Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. São Paulo: Cortez, 2002.
- ABREU, Sónia Guadalupe. *Guia para acompanhamento das aulas da disciplina de políticas sistemas de saúde*. Coimbra: ISMT, 2004 (mimeo).
- ADESSE, Leila. Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). *Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mário F. G.. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Rio de Janeiro: IPAS e IMS-UERJ, 2007. Disponível em <http://www.ipas.org.br> (Acesso em 09/01/2009).
- AGUIRRE, Luiz Pérez. *Aspectos religiosos do aborto induzido*. (Tradução de Adail Sobral). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Assessoria e extensão universitária. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro (orgs.). *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras e FAPERJ, 2006.
- AMARAL, Fernanda P. A situação do aborto inseguro na América Latina com ênfase no Brasil. In: *Revista Ártemis*, vol. 8. João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.prodema.ufpb.br/revistaartemis/numero8/artigos/artigo10.pdf>. (Acesso em 19/01/2009).
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E e GENTILI, P. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. (3ª edição). São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- ANDRADE, Carlos Drummond. *Antologia poética*. (48ª edição). São Paulo: Record, 2001.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. (2ª edição). São Paulo: Boitempo, 2000.

- _____. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do Trabalho*. (3ª edição). São Paulo: Cortez; Campinas: Ed. Unicamp, 2003.
- _____. *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- APF. *Relatório sobre a situação da interrupção voluntária da gravidez em Portugal*. Lisboa, julho de 1993 (mimeo).
- _____. A situação do aborto em Portugal: praticas, contextos e problemas. In: *Revista Sexualidade & Planejamento Familiar*, nº42/43. Lisboa: APF, janeiro a dezembro de 2006.
- ARNAUT, Antonio. História do Serviço Nacional de Saúde. In: *Estudos do Século XX*. nº. 5. Coimbra: Ariadne Editora, 2005. (pp.107-114).
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. O novo código de ética profissional do assistente social. *Serviço Social e Sociedade*, nº41. São Paulo: Cortez, 1993.
- _____. Os fundamentos sócio-históricos da ética. In: ABEPSS, CFESS, CEAD-UnB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*, nº. 02. Brasília: Unb, 1999.
- _____. *Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. “A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 79. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. *Ética: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. *Serviço Social e Sociedade*, nº61. São Paulo: Cortez, 1999.
- BEHRING, Elaine Rossetti. O Brasil e a mundialização do capital: privatização, deslocalização e flexibilização das relações de trabalho. In: SERRA, R. *Trabalho e Reprodução: enfoques e abordagens*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____. *Brasil em contra-reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. Políticas sociais no governo Lula: uma reflexão. In: *Inscrita*, nº. 09. Brasília: CFESS, 2004.
- _____. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, Ana Elisabete et alli (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2006.

- BENSAID, Daniel. Maio de 68: uma página na história mundial de lutas. (Entrevista e Tradução: Mione Apolinário Sales) In: *Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, n°. 21. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.
- BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. 3ª edição. (Tradução Pe. Bruno Giuliani). São Paulo: Hucitec, 1987.
- BLOCK, Peter. *Consultoria: o desafio da liberdade*. (tradução de Myrtes Suplicy Vieira). São Paulo: Markron. Mc Graw-Hill, 1991.
- BORGES NETO, João Machado. Governo Lula: uma opção neoliberal. In: PAULA, João Antonio. *Adeus ao desenvolvimento: a opção do governo Lula*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- BORÓN, Atílio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, E e GENTILI, P. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. (3ª edição). São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social no Brasil: um Direito entre a Originalidade e Conservadorismo*. (2ª edição, ampliada e atualizada). Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.
- _____. “Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?” *Serviço Social e Sociedade*, n° 79. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. Assistência Social no governo Lula: uma política social em disputa e em (re) construção. In: *Inscrita*, n°. 09. Brasília: CFESS, 2004a.
- _____. Seguridade Social pública ainda é possível! In: *Inscrita*, n° 10. Brasília: CFESS, 2007.
- BOTTOMORE, Tom (editor). *Dicionário do Pensamento Marxista*. (Tradução: Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Góes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES, HUCITEC, 1981.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *A questão da saúde e o Serviço Social: as práticas profissionais e a luta no setor*. São Paulo: Tese de doutorado em Serviço Social, PUC/SP, 1991. (mimeo).
- _____. *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ, 1996.
- _____. “Superando desafios – o Serviço Social na Saúde na década de 90”. *Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, n° 03. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

- _____. A política de saúde no Governo Lula. In: *Inscrita*, nº. 09. Brasília: CFESS, 2004.
- _____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et alli (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. A saúde o Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____. Reforma Sanitária e Projeto Ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês et alli. *Serviço Social e Saúde*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- _____. (orgs.). *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras e FAPERJ, 2006.
- _____. O potencial de contribuição do Serviço Social na assessoria aos movimentos sociais pelo direito à saúde. In: _____.(orgs.) *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras e FAPERJ, 2006a.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês et alli (orgs.). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- _____. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. n: BRAVO, Maria Inês et alli (orgs.). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007a.
- BRAVO, Maria Inês Souza et alli (orgs.). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- BRAZ, Marcelo. O debate teórico acerca dos novos movimentos sociais no Brasil: um balanço crítico. In: *Serviço Social e Movimento Social*, v. 1, nº 2. São Luiz: EDUFMA, 2000.
- _____. “O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 78. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. A hegemonia em cheque. Projeto ético-político do Serviço Social e seus elementos constitutivos. In: *Inscrita*, nº 10. Brasília: CFESS, 2007.
- BRITES, Cristina Maria; SALES, Mione Apolinário. *Ética e práxis profissional*. Brasília: CFESS, 2000.

- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *A reforma do Estado dos anos 90: Lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Reforma Administrativa e Reforma do Estado, Cadernos MARE da reforma do Estado, n°. 01, 1997.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos e GRAU, Nuria Cunnil. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. In: _____. (orgs.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: CLAD e FGV, 1999.
- CAMPOS, Ana. *Crime ou castigo? Da perseguição contra as mulheres até à despenalização do aborto*. Coimbra: Almedina, 2007.
- CAMPOS, Carmen Hein. Aborto no Brasil: a irracionalidade da criminalização. Brasil, 2007. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/BCOTXT/Aborto%20n%20Brasil%20Brasil%20irracionalidade.pdf>. (Acesso em 11/01/2009).
- CAMPOS, Marta Silva. Os desafios dos congressos brasileiros de assistentes sociais - a propósito do III e do 7°. In: *Caderno de Teses do 7º CBAS*. São Paulo. ANAS, CFAS, ABESS, SESSUNE. 1992.
- CANÇADO, José Maria. *O transplante é um baião de dois*. Belo Horizonte: Scriptum, 2005.
- CARDOSO, Priscila F. G. *A hegemonia do projeto profissional na década de 90: questionar é preciso, aderir (não) é preciso*. São Paulo: Dissertação de mestrado em Serviço Social, PUC/SP, 1999. (mimeo).
- _____. *Havia uma ética no meio do caminho? A afirmação da necessária centralidade da ética na formação profissional dos assistentes sociais*. São Paulo: Tese de doutorado em Serviço Social, PUC/SP, 2006. (mimeo).
- CARREIRA, H. M. *O Estado e a Saúde*. Lisboa: Público (Cadernos do Público), 1996.
- CARVALHO, Maria C. Brant e NETTO, José Paulo. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. (5ª edição) São Paulo: Cortez, 2000.
- CASTRO, Mary Garcia. Controle de natalidade, legalização do aborto e feminismo. In: *Encontros com a Civilização Brasileira*, n° 26. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce. (orgs.) *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- CÉSAR, Ana Cristina. *Antigos e soltos: poemas e prosas da pasta rosa*. (Organizado por Viviana Bosi). São Paulo: Instituto Moreira Salles, 2008.

- CFESS. “Serviço Social a caminho do século XXI: o protagonismo ético-político do conjunto CFESS-CRESS”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 50. São Paulo, Cortez, 1996.
- _____. *Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662/93* (3ª edição, revista e atualizada). Brasília: CFESS, 1997.
- COSTA, Maria Dalva Horácio. *O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal (RN): um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90*. Recife: Dissertação de mestrado em Serviço Social, UFPE, 1998. (mimeo).
- _____. “O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- COUTINHO, Carlos Nelson. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: *Cadernos ABESS*, nº. 04. (1ª reimpressão) São Paulo: Cortez, 1995
- COUTINHO, Carlos Nelson e NETTO, José Paulo. Apresentação. In: *O jovem Marx e outros escritos de filosofia*. (Organização, apresentação e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto). Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007.
- CUNHAL, Álvaro. *O aborto: causas e soluções. Tese apresentada em 1940 para exame no 5º ano jurídico da Faculdade de Direito de Lisboa*. (2ª edição). Porto: Campo das letras, 1997.
- DEL PRIORE, Mary Lucy. A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto. In: *Revista Bioética*, vol. 2, nº 1. Brasília: CFM, 1994. Disponível em: <http://www.portalmedico/bioetica/index.php?selecionaRevista=3&opcao=revista>. (Acesso em 19/01/2009).
- DIAS, Edmundo Fernandes. *Política brasileira: embate de projetos hegemônicos*. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.
- DINIZ, Débora. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e Juízes em cena. In: *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, nº. 13 (2) Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- _____. Quando a justiça tortura as mulheres. In: COSTA, Sérgio; DINIZ, Débora. *Ensaio: Bioética*. (2ª. Edição) São Paulo: Brasiliense; Brasília: Letras Livres, 2006.
- DIREITO DE OPTAR, PLATAFORMA PELA DESPENALIZAÇÃO DO ABORTO. *Pela dignidade e saúde das mulheres portuguesas: depoimentos pela despenalização do aborto no contexto do julgamento de Maia*. Lisboa: Direito de optar (...): março de 2002.

- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DUARTE, Graciana Alves; OSIS, Maria José Duarte. A pesquisa sobre o aborto nas ciências da saúde. In: Ávila, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- ENGELS, Friedrich. Humanização do macaco pelo trabalho. In: *A dialética da Natureza*. (6ª edição). São Paulo: Paz e Terra, 2000. (pp. 215-228).
- FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é política social* (5ª edição). São Paulo: Brasiliense, 1991.
- _____. *A política social do Estado capitalista*. (7ª edição). São Paulo: Cortez, 1995.
- FAÚNDES, Aníbal; BERZELATTO, José. *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Komedi, 2004.
- FERNANDES, Florestan. *Nova República?* (3ª edição). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa* (3ª edição, revista e ampliada). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FIAS / AIESS. *Ética no Serviço Social: declaração de princípio*. (Tradução: Lucinda Neto, Ernesto Fernandes e Rosa Primavera. Lisboa, março de 2007 (mimeo).
- FILGUEIRAS, Luiz; GONÇALVES, Reinaldo. *A política econômica do governo Lula*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.
- FIORI, José Luís. (org.) *Debate sobre o ponto crítico / Consenso de Washington X Apartheid Social*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 90, 1994.
- FLEURY TEIXEIRA, Sônia. A política de Saúde na Transição Conservadora. In: *Saúde em Debate* (26). Londrina: CEBES, 1989.
- FORTI, Valéria Lucília. Ética e Serviço Social: um tema, quantos desafios!? In: *Caderno de Comunicações do VIII CBAS*. Goiânia: ABESS, CFESS, ENESSO, 1998.
- _____. Ética e Serviço Social: formalismo, intenção ou ação? In: FREIRE, Lúcia; FREIRE, Silene; CASTRO, Alba. *Serviço Social, Política Social e Trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI*. São Paulo: Cortez / Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

- FREDERICO, Celso. *Lukács: um clássico no século XX*. São Paulo: Editora Moderna, 1997.
- FREIRE, Lúcia. Assessoria e Consultoria a gestores e trabalhadores como trabalho do Assistente Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. (orgs.) *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras e FAPERJ, 2006.
- FREITAS, Elizabeth Saar. Aborto como questão pública. In: In: Ávila, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- GALEOTTI, Giulia. *História do aborto*. (Tradução de Sandra Escobar). Lisboa: Edições 70, 2007.
- GEBARA, Ivone. *O desrespeito à vida humana por membros da Igreja Católica Romana*. Brasil, 2008. Disponível em <http://www.catolicasonline.org.br/ExibicaoNoticia.aspx?cod=173>. (Acesso em 25/04/2008).
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- GOMES, Verônica Oliveira. “Processo de trabalho: Algumas referências para análise no setor saúde”. *Em Pauta*, nº 14. Rio de Janeiro: UERJ, 1999.
- GRANEMANN, Sara. Necessidades da acumulação capitalista: reformar o Estado é reduzi-lo para o trabalho e maximizá-lo para o capital. In: *Inscrita*, nº. 09. Brasília: CFESS, 2004.
- _____. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês et alli (orgs.). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- GUERRA, Yolanda. O Brasil (do) real: Alguns elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. In: *A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações*. (tese de doutoramento). São Paulo: PUC/SP, 1998.
- _____. *A instrumentalidade do Serviço Social*. (2ª edição). São Paulo: Cortez, 1999.
- _____. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, nº. 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história* (Tradução: Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder). 4ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

- IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 8ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1991.
- IAMAMOTO, Marilda. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. (3ª edição). São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. *Trabalho e Indivíduo Social*. São Paulo: Cortez, 2001a.
- _____. A questão social no capitalismo. In: *Temporalis*, n°. 03. Brasília: APEPSS, 2001b.
- IANNI, Otávio. *Construção da categoria*. São Paulo: Transcrição de aula dada no curso de pós-graduação em ciências sociais, PUC/SP, 1986 (mimeo).
- IPAS. (org.) *Processos judiciais envolvendo abortamento: Negação dos direitos reprodutivos das mulheres em Mato Grosso do Sul*. Rio de Janeiro: IPAS, 2008. Disponível em http://www.ipas.org.br/arquivos/RelatorioMS_FINAL.pdf. (Acesso em 09/01/2009).
- JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo, 1974-84*. 2ª. Edição. São Paulo: Cortez, 1993.
- KISSLING, Frances. O fundamentalismo e a Igreja Católica Romana. In: ROSADO, Maria José (org.). *Católicas pelo Direito de Decidir, 10 anos, 2003: Afirmando o sagrado direito de decidir em tempos de fundamentalismos*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2004.
- LESSA, Sérgio. *Serviço Social e Trabalho: porque o Serviço Social não é trabalho*. Maceió: Edufal, 2007a.
- _____. *Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2007b.
- LOLLATO, Simone. *A intervenção do assistente social frente à solicitação do aborto*. Florianópolis: Dissertação de mestrado em Serviço Social, UFSC, 2004. (mimeo).
- LOWY, Michael. *Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista*. 14ª edição. São Paulo: Cortez, 2000.
- LUKÁCS, Gyorgy. *As bases ontológicas da atividade humana*. In: *Temas de Ciências Humanas*, n° 04. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978a.
- _____. *A autocrítica do Marxismo*. In: *Temas de Ciências Humanas*, n° 04. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978b.

- _____. *Pensamento vivido: autobiografia em diálogo: entrevista a Isntván Eörsi e Erzsébet Vezér*. (Tradução: Cristina Alberta Franco). São Paulo: Ad Hominem / Viçosa: Editora da UFV, 1999.
- _____. *Ontologia del Ser Social: el trabajo*. (Tradução de Miguel Vedda). Buenos Aires: Herramienta, 2004.
- _____. As tarefas da filosofia marxista na nova democracia. In: *O jovem Marx e outros escritos de filosofia*. (Organização, apresentação e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto). Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007.
- _____. *Ontologia do ser social: A reprodução*. (Tradução: Sérgio Lessa). Brasil, 2008. (Disponível na internet: [http://www.esnips.com/docb2012031-e780-4076-a798-ofe589db974bf/gyorgy-lukács—reprodução-\(Para-uma-Ontologia-do-Ser-Social\)](http://www.esnips.com/docb2012031-e780-4076-a798-ofe589db974bf/gyorgy-lukács—reprodução-(Para-uma-Ontologia-do-Ser-Social))). (Acesso em 21/11/2008).
- LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis* (01). Rio de Janeiro: Relume Dumará e IMS-UERJ, 1991.
- MAGUIRE, Daniel C. Opções católicas para o debate sobre o aborto: o probabilismo numa sociedade plural. In: GÓMEZ, Josefa Buendia. *Aborto: descobrindo as bases éticas para decidir com liberdade*. (Tradução: Fernando Lopes) (2ª edição). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- MANRIQUE CASTRO, Manuel. *História do Serviço Social na América Latina*. (Tradução de José Paulo Netto e Balkys Villa Lobo). 4ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1993.
- MARE. *A reforma administrativa do Sistema de Saúde*. Brasília: Ministério da Reforma Administrativa e Reforma do Estado, Cadernos MARE da reforma do Estado (13), 1998.
- MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. Desvendando o social do governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: PAULA, João Antonio. *Adeus ao desenvolvimento: a opção do governo Lula*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: ABEPSS, CFESS, CEAD-UnB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social – Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social* (nº 05). Brasília: Unb, 2001.
- MARX, Karl. *O Capital. Livro I Capítulo VI (Inédito)*. (Tradução de Eduardo Sucupira Filho e revisão de Célia Regina de Andrade Bruni). São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

- _____. *Miséria da filosofia – Resposta à Filosofia da Miséria do Sr. Proudhon*. (Tradução e Introdução de José Paulo Netto). São Paulo: Ciências Humanas, 1982.
- _____. Para a crítica da economia política. In: *Karl Marx (Para a crítica da economia política; Do capital; O rendimento e suas fontes)*. (Tradução de Edgar Malagodi e Colaboração de José Arthur Giannotti). São Paulo: Nova Cultural (Coleção Os Pensadores), 1996. (pp. 25-48)
- _____. Prefácio [Para a crítica da economia política]. In: *Karl Marx (Para a crítica da economia política; Do capital; O rendimento e suas fontes)*. (Tradução de Edgar Malagodi e Colaboração de José Arthur Giannotti). São Paulo: Nova Cultural (Coleção Os Pensadores), 1996. (pp. 49-54).
- _____. *Manuscritos econômico-filosóficos*. (Tradução e nota de Jesus Ranieiri). São Paulo: Boitempo, 2004.
- _____. Crítica da filosofia do Direito de Hegel – Introdução. (Tradução de Raul Mateos Castell) In: _____. *Crítica da filosofia do Direito de Hegel* (Tradução de Rubens Enderle e Leonardo de Deus). São Paulo: Boitempo, 2005. (pp. 145-156).
- _____. *Sobre o suicídio*. (Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella). São Paulo: Boitempo, 2006.
- MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã (I – Feuerbach)*. (Tradução José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira). 6ª edição. São Paulo: Hucitec, 1987.
- _____. *Manifesto do Partido Comunista*. (Prólogo e revisão de José Paulo Netto). São Paulo: Cortez, 1998.
- MATOS, Maurílio Castro. *O debate do Serviço Social na Saúde na década de noventa: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado em Serviço Social, UFRJ, 2000.
- _____. “O debate do Serviço Social na Saúde nos Anos Noventa”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 74. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. Assessoria e Consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. (orgs.). *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras e FAPERJ, 2006.
- _____. Os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais e os seus debates sobre a saúde. In: *Anais da 19ª Conferência Mundial de Serviço Social* (Cd-room). Salvador: CFESS, CRESS 5ª Região, FITS, 2008.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR (Cadernos CEFOR, série textos 1), 1992.

- MÓNICA, M.F. *Os costumes em Portugal*. Lisboa: Público (Cadernos do Público), 1996.
- MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da crise e Seguridade Social*. São Paulo: Cortez, 1995.
- MOTA, Ana Elizabete et alli (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2006.
- MONTAÑO, Carlos. *La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. São Paulo: Cortez, 1998.
- NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. *Ditadura e Serviço Social - Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. Transformações societárias e Serviço Social - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 50. São Paulo: Cortez, 1996a .
- _____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: ABEPSS, CFESS, CEAD-UnB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social – Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*, nº 01. Brasília: Unb, 1999.
- _____. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (org.). *O desmonte na Nação – Balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999a.
- _____. A crítica da vida cotidiana. In: NETTO, JP e CARVALHO, MCB. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. (5ª edição). São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: *Temporalis*, nº. 03. Brasília: APEPSS, 2001.
- _____. “A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova”. In: *Serviço Social e Sociedade*, nº 79. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. Das ameaças à crise. In: *Inscrita*, nº 10. Brasília: CFESS, 2007.
- _____. Introdução: Sobre Lukács e Política. In: LUKÁCS, Gyorgy. *Socialismo e democratização: escritos políticos 1956-1971*. (Organização, introdução e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto). Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2008.
- NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo. *Economia Política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2006.

- NOGUEIRA, Carolina de Oliveira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Interrupção voluntária da gravidez: panorama do debate político do projeto de lei 1135/91. In: *Revista Saúde em Debate*, vol. 31, n°. 75/76/77. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica. São Paulo: Editora Unesp, 2007.
- NORONHA, José C. e LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-dumará, ABRASCO, IMS-UERJ, 1994.
- NUNES, Rui. (Coord.). *Política de Saúde*. Porto: Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto, 2003.
- OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. O sujeitos na luta pela legalização do aborto. In: Ávila, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- OLIVEIRA, Fátima. Repressão policial, ideológica e política contra o aborto no Brasil. Rio de Janeiro: IPAS, 2004. Disponível em <http://www.ipas.org.br/revista/nov04.htm>. (Acesso em 16/01/2009).
- OLIVEIRA, Jaime A e TEIXEIRA, Sônia Fleury. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes / ABRASCO, 1989 (2ª edição).
- PAIM, Jairnilson. *Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Série Estudos em Saúde Coletiva (175), 1998.
- PAIVA, Beatriz et alli. O Código de ética de 1993: signo da renovação do Serviço Social no Brasil [Documento elaborado pela Comissão Técnica Nacional de Reformulação do Código de Ética Profissional]. In: BONETTI, Dilséa et alli. *Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis*. São Paulo / Brasília: Cortez / CFESS, 1996.
- PAIVA, Beatriz e SALES, Mione. A nova ética profissional: práxis e princípios. In: BONETTI, Dilséa et alli. *Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis*. São Paulo: Cortez; Brasília: CFESS, 1996.
- PALMA, José João Lanceiro. *Os trabalhadores em saúde: agentes, práticas e instituições de saúde em São Paulo*. São Paulo: Dissertação de mestrado em Medicina, USP, 1996. (mimeo).

- PAULA, João Antonio. *Adeus ao desenvolvimento: a opção do governo Lula*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX. In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel. *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.
- PENICHE, Andrea. *Elas somos nós. O direito ao aborto como reivindicação democrática e cidadã*. Porto: Edições Afrontamento, 2007.
- PEQUENO, Andréia e RUIZ, Jefferson Lee. A defesa do projeto ético-político do Serviço Social e o exame de proficiência. In: *Anais do 12º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e IV Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade* (Cd-room). Foz do Iguaçu: CFESS, ABEPSS, ENESSO CRESS 11ª Região, 2007.
- PEREIRA, Potyara A P. “Uma arena de conflitos.” In: *Inscrita*, nº 02. Brasília: CFESS, 1998.
- PINHEIRO, Maria Esolina. *Serviço Social: infância e juventude desvalidas [Documento histórico]*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: CEPUERJ, 1985.
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.
- PINTO, Geraldo Augusto. *A organização do trabalho no século 20: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- PRADO, Danda. *O que é aborto*. (Coleção primeiros passos) (2ª. Edição revista e atualizada). São Paulo: Brasiliense, 2007.
- PRÍNCIPE, César. *Aborto no país da virgem*. Porto: Arca das letras, 2007.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Aborto – mortes preveníveis e evitáveis: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies.htm>. (Acesso em 11/01/2009).
- REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. In: BRAVO, Maria Inês et alli (orgs.). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- ROCHA, Maria Isabel Baltar. Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no parlamento. In: Ávila, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- _____. A discussão política sobre o aborto no Brasil. In: *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol 23, nº. 02. São Paulo: ABEP, 2006.

- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. *Saúde: Promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ROSA, Eugénio. *Uma nova política econômica ao serviço das pessoas e de Portugal*. Lisboa: Caminho, 2006.
- ROSADO-NUNES, Maria José. Aborto, maternidade e a dignidade da vida das mulheres. In: CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce. (orgs.) *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
- ROSADO-NUNES, Maria José; JURKEWICZ, Regina. Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. O surgimento de “Católicas pelo Direito de Decidir”. In: PEREIRA, Irotilde (et alli). *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.
- ROWLEY, Hazel. *Simone de Beauvoir e Jean-Paul Sartre: Tête-à-Tête*. (Tradução: Adalgisa Campos da Silva). Rio de Janeiro: Objetiva, 2006.
- SADER, Emir (coord.) *Governo Lula: decifrando o enigma*. São Paulo: Viramundo, 2004.
- SALES, Mione Apolinário. Ética, democracia participativa e socialismo: o modo petista de governar em xeque sob o governo Lula. In: *Serviço Social e Sociedade*, nº 85. São Paulo: Cortez, 2006.
- SANTOS, Wanderley. Guilherme. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva. “Contribuições da revista para a construção do Serviço Social brasileiro”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 61. São Paulo: Cortez, 1999.
- SILVA, Miguel Oliveira. *Sete teses sobre o aborto*. Lisboa: Caminho, 2005.
- SOUZA, Rodriane de Oliveira. *Serviço Social na Saúde: Contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle Social*. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Dissertação de Mestrado), 2001 (mimeo).
- SPOSATI, Aldaíza. “Os desafios da municipalização do atendimento à criança e ao adolescente: o convívio entre a LOAS e o ECA”. *Serviço Social e Sociedade*, nº 46. São Paulo: Cortez, 1994.

- TALIB, Rosângela Aparecida e CITELI, Maria Teresa. *Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.
- TAVARES, Manuela. *Aborto e contracepção em Portugal*. Lisboa: Livros Horizonte, 2003.
- TAVARES SOARES, Laura. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 1999.
- _____. Políticas e Movimentos Sociais. In: SADER, Emir (coord.) *Governo Lula: decifrando o enigma*. São Paulo: Viramundo, 2004.
- TEIXEIRA, Aloísio. Do seguro à seguridade: A metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro. *Textos para discussão* (249). Rio de Janeiro: IEI-UFRJ, 1990.
- TEIXEIRA, Francisco José Soares. Marx, ontem e hoje. In: TEIXEIRA, Francisco José Soares e FREDERICO, Celso. *Marx no século XXI*. São Paulo: Cortez, 2008.
- THÉBAUD, Françoise. A política natalista da França no século XX: uma coação física? (Tradução de Luiz Antônio Oliveira de Araújo). In: MATOS, Maria Izilda S. e SOIHET, Rachel. *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.
- VASCONCELOS, Ana Maria. Relação Teoria/Prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. In: *Serviço Social e Sociedade*, nº. 56. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. Serviço Social e Práticas Democráticas. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____. *A prática profissional do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.
- VASCONCELOS, Ana Maria et alli. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês et alli. *Serviço Social e Saúde*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: *Serviço Social e Sociedade*, nº. 54. São Paulo: Cortez, 1997.
- VIANA, M^a Lúcia Werneck. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, Ivo (org.). *O desmonte na Nação – Balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- VIEIRA, Balbina Ottoni. Modelo “assessoria” em Serviço Social. In: *Modelos de Supervisão em Serviço Social*. Rio de Janeiro: Agir, 1981.

VIEIRA, Evaldo. *Democracia e Política Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. In: *Serviço Social e Sociedade*, nº. 56. São Paulo: Cortez, 1998.

Vv Aa. *Revista Temporalis*, nº 13. São Luis: ABEPSS, 2007.

YAZBEK, Maria Carmelita. “Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil”. *Temporalis*, nº. 03. Brasília: ABEPSS, 2001.

Jornais (Reportagens e artigos):

BRASIL DE FATO. 16/12/2008.

CATANHÊDE, Eliane. De águas e micos. In: *Folha de São Paulo*, 18/01/2008, p A2.

CAVALCANTI, Marcos; PEREIRA NETO, André de Faria. O papel da ciência e da tecnologia. In: *O Globo*, 19/04/2008, p. 07.

DESTAK. 26/03/2007 (edição portuguesa).

ESTADO DE MINAS. 24/02/2008.

EXTRA. 07/03/2009.

FOLHA DE SÃO PAULO. 15/05/2007, 03/09/2007, 14/12/2007, 16/12/2007, 17/12/2007, 18/01/2008, 20/01/2008, 11/03/2008, 29/03/2008, 08/05/2008, 10/07/2008, 19/11/2008, 11/01/2009, 23/01/2009.

JORNAL DA ACADEMIA DO PORTO. 01/04/2007.

O GLOBO. 13/12/2007, 15/12/2007, 10/01/2008, 19/01/2008, 19/04/2008, 20/04/2008, 23/04/2008, 31/08/2008, 07/11/2008.

O TEMPO. 18/01/2008, 24/04/2008.

PÚBLICO. 31/03/2007, 06/04/2007, 06/07/2007.

Anexos

Perfil dos assistentes sociais

1. Nome:
2. Ano e Unidade de Formação:
3. Há quanto tempo atua como assistente social?
4. Experiências anteriores de trabalho:
5. Local de atuação no hospital:
6. Trabalha atualmente em outra unidade? Qual?
7. Possui pós-graduação?
8. Tem participado de cursos, jornadas e congressos nos últimos três anos? Quais?
Tem trabalhos apresentados?

Roteiro de entrevista

Me fale um pouco sobre o dia a dia do seu trabalho, que tal começar por ontem. Você pode relatar como foi seu dia de trabalho?

Quando você saiu ontem, quais foram os seus sentimentos?

Esse dia que você me relatou foi mais diferente ou mais próximo do que em geral são os outros dias de trabalho ?

Você pode me indicar dois problemas que se colocam a sua prática profissional? Por que?

Você pode me indicar dois pontos que você faz e acha importante a sua realização? Por que?

Existe algo que você gostaria de fazer, mas não faz? Cite dois. Por que?

Como é a sua relação com outros profissionais da saúde?

A atuação dos outros profissionais ajuda ou atrapalha o seu trabalho?

Você poderia dizer como são as mulheres que você atende?

Nos serviços de saúde, identificamos vários problemas de saúde no que tange ao acesso do usuário. Dentre desses, aponte dois problemas.

O que na sua opinião seria necessário para que você tivesse condições ideais de trabalho aqui no hospital?

Você conhece o código de ética?

Você acha que o código de ética pode ser realizado concretamente no seu trabalho? Por que?

Do que está posto no código, indique dois pontos que você considera difíceis de materializar.

E os dois pontos mais fáceis de serem materializados.

Qual a sua opinião sobre o SUS?

E sobre a materialização do SUS aqui no Hospital?

Isso impacta o seu trabalho?

Existem casos de aborto aqui no hospital?

Qual é o procedimento da equipe de saúde?

Edite algum projeto para o aborto (no conjunto da equipe de saúde)?

Os casos de aborto impactam o seu trabalho?

O aborto é tratado na pesquisa de morte materna? (para as entrevistas que atuam na obstetrícia) Como?

O aborto é tratado nos grupos de planejamento familiar? Como? (para a entrevista que atua na ginecologia)

No atendimento dos usuários os problemas do SUS e o aborto são abordados? Em qual frequência?

Você é a favor da descriminalização do aborto? Como ou em que casos?

Você acha que o SUS é viável? Por que?