

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Serviço Social
Pós-graduação em Serviço Social
Mestrado em Serviço Social

Vivian de Almeida Costa

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE E SUA
ARTICULAÇÃO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL:
UM DEBATE NECESSÁRIO**

Juiz de Fora

2016

Vivian de Almeida Costa

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE E SUA
ARTICULAÇÃO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO SERVIÇO SOCIAL: UM
DEBATE NECESSÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social, Área de concentração “Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social” da Universidade Federal de Juiz de Fora, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lêda Maria Leal de Oliveira

Juiz de Fora

2016

Vivian de Almeida Costa

A formação profissional dos assistentes sociais na saúde e sua articulação com o Projeto
Ético-Político do Serviço Social: um debate necessário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Lêda Maria Leal de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Janete Luzia Leite
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Sabrina Pereira Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por iluminar o meu caminho nessa jornada, por renovar as minhas forças, me dar consolo nos momentos de angústias e por ter colocado em minha vida pessoas tão especiais que me deram todo apoio para chegar até aqui.

Aos meus pais pela dedicação, carinho e por todo amor, vocês são bênçãos preciosas de Deus na minha vida e meu porto seguro.

Ao meu amor, Ricardo Tristão, pelo companheirismo, cumplicidade, paciência e carinho, você sempre será meu presente de Deus, ter você ao meu lado foi fundamental !!!

A minha querida sogra, Marta, por todo carinho, apoio e cuidado!

Aos meus familiares pelo apoio, torcida e saudade, vocês são todos muito especiais para mim!

A querida amiga Liliane Knopp pelo incentivo desde o início, por dividir comigo seus conhecimentos, pela parceria que nasceu entre nós, carinho e amizade!!!

A Valéria e Juliana pela flexibilidade no trabalho e compreensão!

A querida Marina Castro por me auxiliar prontamente e sempre estar presente em momentos tão importantes do meu processo de formação profissional.

A professora Sabrina Paiva pelas contribuições desde a qualificação. A professora Janete, que carinhosamente atendeu ao pedido de participar da minha banca de defesa.

Em especial, a minha orientadora, Lêda, por compartilhar generosamente comigo os seus conhecimentos, pela atenção e dedicação dispensada durante todo o processo de construção da dissertação, pela compressão e paciência nos meus momentos de dificuldade. Muito obrigada!!!

RESUMO

Este estudo partiu da inquietação de analisar o processo de formação dos assistentes sociais nos programas de Residência em Saúde, buscando refletir sobre as particularidades desses programas, quais os fundamentos que direcionam essa formação e em que medida a apropriação de conhecimentos específicos da área de saúde não tem contribuindo para a perda da identidade profissional dos assistentes sociais. Com base nesses questionamentos a questão central que norteou esse estudo foi: o projeto político pedagógico que orienta a formação dos residentes está em consonância com projeto ético-político do Serviço Social? A fim de adensar esse debate, busquei evidenciar as possíveis aproximações existentes entre as proposta de formação dos programas de Residência Multiprofissionais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, que contemplam a inserção de assistentes sociais, e o projeto de formação profissional do Serviço Social. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo de natureza teórica, tendo como referências a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Os resultados obtidos evidenciaram que existem muitas similaridades entre as propostas de formação das Residências e do Serviço Social. Contudo, mostrou também a presença de pontos que revelam contradições, e que podem representar uma armadilha se não analisados e discutidos de forma aprofundada, uma vez que se distanciam da perspectiva crítico-dialética, podendo dar outros rumos a formação e ao exercício profissional.

Palavras-chaves: Serviço Social, Formação Profissional, Residências Multiprofissionais

ABSTRACT

This study was based on the concern to analyze the process of training of social workers in the Health Residency programs, seeking to reflect on the particularities of these programs, what are the fundamentals that guide this training and to what extent the appropriation of specific knowledge of the health area does not Has contributed to the loss of the professional identity of social workers. Based on these questions, the central question that guided this study was: Is the political pedagogical project that guides the formation of the residents in line with the ethical-political project of Social Service? In order to deepen this debate, I tried to highlight the possible approximations between the proposals for the formation of Multiprofessional Residency programs of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, which include the inclusion of social workers and the professional training project of the Service Social. For that, a qualitative study of a theoretical nature was carried out, having as reference bibliographical research and documentary research. The results obtained evidenced that there are many similarities between the proposals for the formation of Residences and Social Work. However, it also showed the presence of points that reveal contradictions, and which may represent a trap if not analyzed and discussed in depth, once they distance themselves from the critical-dialectic perspective, and can give other directions to training and professional practice.

Keywords: Social Work, Vocational Training, Multiprofessional Residences

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Serviço Social nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil.....

Tabela 2 – Áreas de concentração dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil.....

Tabela 3 – Organização das atividades práticas e teóricas dos programas de residência do HU/UFJF.....

Tabela 4 – Distribuição de vagas anuais do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas.....

Tabela 5 – Distribuição de vagas anuais do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar

Tabela 6 – Dimensões da Integralidade

Tabela 7 – Aspectos da Interdisciplinaridade

LISTA DE SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Ensino Médico
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANDES - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
BM - Banco Mundial
CAPES - Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEDEPSS - Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social
CEF - Caixa Econômica Federal
CFE - Conselho Federal de Educação
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAD - Educação à Distância
EC - Educação Continuada
ENADE - Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENESSO - Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
EP - Educação Permanente
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FIES - Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FMI - Fundo Monetário Internacional
FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
GERUS - Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

HU/CAS - Hospital Universitário / Centro de Atenção à Saúde

IDA - Projeto de Integração Docente Assistencial

IES - Instituições de Ensino Superior

INEP - Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MARE - Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NATES - Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde

NOB-RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PET- SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PITS - Interiorização do Trabalho em Saúde

PPP - Parcerias Público-Privadas

PROFAE - Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROUNI - Programa Universidade para Todos

REUNI - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RHS - Recursos Humanos na Saúde

RIS - Residência Integrada em Saúde

RMS - Residências Multiprofissionais em Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAES - Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

SES/RS - Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

UFJF –Universidade Federal de Juiz de Fora

UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade

UNILA - Universidade Federal da Integração Latino- Americana

UNILAB - Universidade da Integração Luso-Afro-Brasileira

USP - Universidade de São Paulo

VER-SUS - Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1- PROJETO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL	19
1.1 - Trajetória da formação profissional em Serviço Social.....	19
1.2 - Crise do Estado e a contrarreforma da Política de Educação brasileira: dilemas e desafios da formação profissional contemporânea	44
1.2.1- A formação profissional em Serviço Social frente à contrarreforma da educação .	64
CAPÍTULO 2 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	74
2.1- A configuração da formação dos profissionais de saúde.....	74
2.2 – Residências em Saúde: processo de formação em serviço para a qualificação de profissionais para o SUS.....	96
2.2.1 - Residências em Saúde e Serviço Social: Breves Notas	102
CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	116
3.1 – As Residências em Saúde do Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora.....	116
3.2- O Serviço Social nas Residências em Saúde do HU/UFJF	120
3.3 - Propostas de formação do assistente social inscritas nas Diretrizes Curriculares e nos projetos pedagógicos dos programas de residência multiprofissional do HU/UFJF: a construção da integralidade e do trabalho coletivo/interdisciplinar na saúde.....	143
3.3.1 - Integralidade da atenção à saúde.....	144
3.3.2 - Interdisciplinaridade	151
3.3.3 - Integralidade e interdisciplinaridade nas propostas de formação profissional das Residências e do Serviço Social.....	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	188

INTRODUÇÃO

O assistente social é portador de uma formação generalista que o habilita a exercer sua atividade profissional em diversas áreas e a se inserir em diferentes processos de trabalho, o que demanda desse profissional um conjunto de conhecimentos variados, que engloba tanto os conhecimentos específicos do âmbito do Serviço Social, quanto aqueles decorrentes do espaço sócio ocupacional em que está alocado, para dar respostas qualificadas à questão social, que se manifesta de maneira heterogênea nos campos de atuação.

Dentre os diversos setores de atuação do assistente social, a Política de Saúde é considerada um dos maiores campos de absorção desse profissional, principalmente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que alicerçado na concepção ampliada de saúde (reconhecimento da influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença) sinalizou a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares para sua promoção. A implantação desse novo modelo de atenção à saúde contribuiu para o reconhecimento do trabalho do assistente social nesta área e consequente expansão desse espaço sócio ocupacional (NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

Tal reconhecimento está expresso nas resoluções n. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social que certificam o Serviço Social como uma profissão da área de saúde. Certamente, isso significou uma conquista para a profissão, mas ao mesmo tempo, um desafio, na medida em que os serviços de saúde requisitam do assistente social o desenvolvimento de uma gama de competências e habilidades para o trabalho, impondo para o profissional a necessidade de qualificação permanente para uma atuação crítica, propositiva e criativa.

Atualmente, o assistente social desde a graduação tem a possibilidade de vivenciar diferentes experiências de formação em saúde, seja através da realização de estágio nos mais variados serviços de saúde, tais como Unidades de Atenção Primárias à Saúde (UAPs), hospitais, serviços especializados (saúde do trabalhador, saúde do idoso, serviços de controle de hipertensão, diabetes e obesidade, e outros) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), dentre outros; seja por meio da participação em projetos de extensão ou de treinamento profissional, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). No âmbito da pós-graduação, as Residências em Saúde,

destacam-se como locus privilegiado de formação especializada para diversas profissões, dentre as quais o Serviço Social.

Os programas de Residência em Saúde constituem-se em uma modalidade de formação especializada, em nível de pós-graduação *lato sensu*, realizada na forma de ensino em serviço, mediante acompanhamento e supervisão. No Brasil, os primeiros programas de residência surgiram na década de 1940 e se limitaram a formação médica, orientada pelo paradigma flexneriano, hospitalocêntrico e curativista. A hegemonia das Residências Médicas perdurou até 1960, quando foi criada a primeira Residência em Enfermagem. Até a década de 1970, os programas de residência se restringiram às duas áreas.

Esse panorama começa a ser alterado, ainda ao longo da mesma década, com o surgimento de algumas experiências esparsas de residências que abarcavam outras profissões da saúde, de que é exemplo o Programa de Residência em Saúde Comunitária, vinculado a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Criado em 1977, o referido programa se transformou na primeira Residência Multiprofissional do Brasil, ao apresentar uma configuração que incluía mais de uma categoria profissional, ofertando vagas para médicos, enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários. Neste período, surgiram diversas experiências de Residência Multiprofissional no país, que mesmo sem regulamentação específica, passou a ser adotada como metodologia de formação por diferentes áreas da saúde.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) passaram a ser financiadas e apoiadas pelo Ministério da Saúde em 2002, quando foram criados 19 programas dessa modalidade, que embora com configurações diferenciadas, estavam assentadas na “perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde” (BRASIL, 2006, p. 6). No entanto, é somente com a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde, que as RMS “tornaram-se aposta estratégica do Governo Federal, com incentivo financeiro, ampliação e qualificação dos Programas no Brasil” (LOBATO, 2010, p. 17).

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) foi instituída pela Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Ela foi criada com a finalidade de propiciar um processo de educação permanente para os trabalhadores, com base nas necessidades de saúde da população e no fortalecimento do SUS e dessa forma, gerar mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004).

Enquanto política pública, a EPS se fundamenta na “aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços, portanto na problematização da realidade” (BRASIL, 2004, p.10). Demonstra que a “possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam” (BRASIL, 2005, p.12). Dentre os dispositivos construídos para a efetivação da PEPS está a RMS.

A RMS foi projetada para estimular processos formativos que privilegiem, segundo Ferla e Ceccim (apud LOBATO, 2010, p.34), “a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a ação multiprofissional e integral, a resolutividade nos serviços de saúde, além do desenvolvimento de projetos de produção de autonomia no cuidado”. Desse modo, a RMS tem sido vislumbrada como dispositivo de transformação das práticas de saúde, ao articular interdisciplinaridade, trabalho em equipe e educação permanente, podendo potencializar não só a formação de profissionais dotando-os de capacidade para atuar de maneira diferenciada no SUS, como também contribuir para a reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO, 2010).

O Serviço Social desde meados da década de 1970 vem desenvolvendo programas de residência, como forma de ampliar os espaços de formação continuada da categoria profissional. Com a regulamentação do SUS, na década de 1990, ocorreram mudanças substanciais de caráter político, tecnológico e organizacional na política de saúde brasileira, que por sua vez, demandaram novas formas de organização do trabalho em saúde, em decorrência dos princípios de hierarquização, descentralização e democratização (MOURÃO et al, 2007). Tais mudanças também refletiram no campo da formação profissional, exigindo trabalhadores qualificados para atuarem nos diversos serviços de saúde no âmbito do SUS. Nesse contexto, o processo de implantação dos programas de residência em saúde no país foi intensificado e outras profissões da saúde, como o Serviço Social, passaram a ser incorporadas nesta modalidade de formação especializada em serviço (SHIKASHO, 2013).

Em Juiz de Fora, as experiências de formação de assistentes sociais em programas de Residência em Saúde, ocorrem desde 1998, quando foi implantada, no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora, a residência em área profissional – Serviço Social ou residência Hospitalar em Serviço Social. Posteriormente, as Faculdades de Medicina, Enfermagem e Serviço Social em parceria com o Núcleo de Assessoria

Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), implementaram a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em 2002. Inicialmente, o programa destinou vagas para médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sendo alterado em 2012, quando passou a ser composto por serviço social, enfermagem e odontologia. Em 2009, foi criado o Programa de Residência Multiprofissional na Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônicas Degenerativas, composta pelas seguintes profissões: serviço social, enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, educação física, farmácia e análises clínicas.

No ano de 2015, foi criada a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar que incorpora as áreas profissionais de análises clínicas, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Cabe mencionar que este programa substituiu a Residência de Área/Serviço Social Hospitalar, finalizada em março de 2016. Por fim, no início de 2016 foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental voltado para áreas de enfermagem, psicologia e serviço social. Sendo assim, atualmente o assistente social está inserido em quatro programas de residência multiprofissional, nas seguintes áreas de concentração: Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto, Saúde da Família e Saúde Mental.

Estes programas têm se constituído em importante espaço de formação do assistente social e exatamente por isso tem sido objeto de investigação de diferentes estudos, tanto no âmbito da graduação, quanto da pós-graduação (lato e stricto sensu). Neste estudo pretendo adensar o debate em torno das Residências em Serviço Social trazendo à tona a reflexão acerca da articulação entre os projetos pedagógicos dos referidos programas e o projeto ético-político do Serviço Social. Pretendo, assim, evidenciar as possíveis aproximações ou não entre as proposta de formação dos programas de Residência Multiprofissionais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, que contemplam a inserção de assistentes sociais, e o projeto de formação profissional do Serviço Social.

O interesse em discutir a formação dos assistentes sociais nos programas de Residência em Saúde advém da minha inserção no Programa de Residência em Serviço Social Hospitalar do HU/CAS e no Curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva, vivenciados durante os anos de 2010 e 2011. A experiência prática e o acúmulo teórico obtidos ao longo da residência, impulsionaram-me a refletir sobre a formação que tais programas proporcionam aos assistentes sociais, tendo em vista os desafios postos à formação de profissionais da saúde alinhados com os princípios do SUS e comprometidos com as

necessidades de saúde da população, com a defesa do direito à saúde e sua afirmação enquanto uma política pública.

Diante do exposto, as indagações que perpassam essa reflexão são as seguintes: o assistente social possui uma formação generalista, contudo a aquisição de conhecimentos específicos da área de saúde é necessária para a qualificação de suas ações, desse modo, será que ao nos apropriarmos desses conhecimentos estamos perdendo nossa identidade profissional? Quais as particularidades dos programas de residência? Quais os fundamentos dessa formação? Todas essas indagações convergem para a questão norteadora desse estudo, qual seja: O projeto político pedagógico que orienta a formação dos residentes está em consonância com projeto ético-político do Serviço Social?

Para "responder" as questões elencadas e desvelar o objeto de estudo, realizei um estudo qualitativo de natureza teórica, tendo como referências a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A opção pela abordagem qualitativa justifica-se por compreender que a mesma se propõe a responder questões da realidade que não podem ser mensuradas numericamente, voltando-se para a explicação e compreensão da dinâmica das relações sociais. Segundo Minayo (2001, p.14) a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Como aludido realizei uma ampla pesquisa bibliográfica a fim de proceder à fundamentação teórica e contextualização do mesmo. Oliveira (2007) explicita que a pesquisa bibliográfica consiste no estudo e análise de documentos científicos tais como livros, periódicos, ensaios críticos, artigos científicos, dentre outros, que proporcionam ao pesquisador o contato direto com obras, artigos e documentos que versem sobre o tema em estudo.

Gil (2002, p.45) complementa que “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Ela permite ao pesquisador ter contato com o que foi produzido e registrado sobre o tema de pesquisa. Dessa forma, além de propiciar o levantamento de análises relacionadas ao tema estudado, a pesquisa bibliográfica viabiliza o aprofundamento teórico que direciona a pesquisa.

Para efeito do estudo proposto, a pesquisa bibliográfica centrou-se em torno das temáticas: a atual proposta curricular e as diretrizes para a formação profissional do Serviço Social; a crise do Estado e a contrarreforma da Política de Educação brasileira, assim como os dilemas e desafios enfrentados pelo Serviço Social para garantir o projeto de formação profissional na contemporaneidade; a configuração da formação dos profissionais de saúde, enfocando a trajetória dos diversos movimentos indutores de mudança na formação e as políticas criadas pelo Ministério da Saúde para este fim; as Residências em Saúde como espaço de qualificação para as diferentes profissões da saúde, sobretudo para os assistentes sociais e por fim os programas de Residência em Saúde do Hospital Universitário de Juiz de Fora que contemplam a formação de assistentes sociais.

Articulada a pesquisa bibliográfica, realizei a pesquisa documental com vistas a identificar dados que poderiam auxiliar na análise do processo formativo dos assistentes sociais nos programas de Residência em Saúde. No caso do estudo proposto os documentos analisados englobaram as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, as quais expressam o projeto de formação profissional do assistente social; as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, que comportam o projeto de formação dos profissionais da área; as publicações do Ministério da Saúde que versam sobre educação permanente e formação em saúde; as resoluções, projetos de leis e leis que criaram e regulamentaram as Residências em Saúde; os projetos pedagógicos dos programas de Residência em Saúde do HU/UFJF que contemplam os assistentes sociais e materiais disponíveis no site do HU/UFJF referentes à temática da pesquisa proposta.

Apesar de ser um estudo de natureza teórica foi necessário realizar alguns contatos com pessoas chaves dos programas de residência para esclarecer melhor alguns pontos referentes à organização destes, uma vez que não há sistematizações sobre os programas mais recentes – RM em Atenção Hospitalar e em Saúde Mental. Estes contatos foram conduzidos a partir de um roteiro em que procurei elucidar questões como: De que maneira os programas de residência se organizam em relação às atividades práticas e teóricas? Como se processa a organização das atividades práticas e teóricas, de modo particular, em cada programa? Quais as atividades práticas que o residente de serviço social desenvolve? Como acontece no cotidiano o processo de formação do assistente social na residência? A elucidação destes questionamentos foi fundamental para compreensão da estruturação das atividades prática e teóricas dos programas, bem como para a identificação das particularidades de cada um deles.

A partir dos dados obtidos por meio da pesquisa documental e bibliográfica, bem como dos contatos realizados, tracei as características gerais dos programas de residência e em seguida busquei evidenciar as particularidades de cada um deles, assim como as especificidades do Serviço Social nestes. Para tanto, os programas foram separados em dois blocos que se diferenciam pelos cenários de prática. O primeiro diz respeito aos programas cujas atividades são desenvolvidas no âmbito hospitalar, predominantemente, em enfermarias e ambulatórios do HU/UFJF e o segundo se refere àqueles em que as atividades são realizadas nos serviços da rede de saúde local, particularmente, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e nos Centros de Atenção Psicossocial.

Com base na compreensão do processo formativo dos assistentes sociais nos programas de residência, busquei identificar as correlações existentes entre as propostas de formação das Residências e do Serviço Social. Para tal optei por focar o estudo em duas categorias chaves que perpassam o processo de formação, tanto dos Programas de Residência quanto do Serviço Social: integralidade e interdisciplinaridade. A escolha por tais categorias se deve ao entendimento de que elas são balizadoras dos processos de ensino/trabalho realizados nas Residências tornando-as potencializadoras de mudanças nas práticas e, sobretudo, na formação em saúde, e no Serviço Social estas categorias se vinculam a perspectiva de totalidade norteadora da formação e do exercício profissional.

Para a discussão das categorias supracitadas, inicialmente foram realizadas algumas reflexões teóricas a fim de compreender o significado de cada uma delas, para em seguida identificar de que forma elas se expressam nas propostas de formação mencionadas e a partir de suas expressões, evidenciar em que medida estas propostas de formação se correlacionam.

Assim para dar visibilidade às articulações existentes entre a proposta de formação das Residências Multiprofissionais do HU/UFJF e a proposta de formação do Serviço Social, organizei o estudo em três capítulos.

O primeiro intitulado “O projeto de formação profissional do Serviço Social” versa sobre as mudanças que se processaram no interior da profissão a partir do movimento de Reconceituação, enfatiza a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social e, por conseguinte das Diretrizes Curriculares de 1996, que apresenta uma nova proposta de formação para os assistentes sociais. Assinala também os desafios postos ao Serviço Social para materialização dessa proposta frente às reformas neoliberais e seus impactos na política de educação superior.

No segundo capítulo “A formação profissional em saúde” evidencia que na busca da qualificação de recursos humanos para a saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, foram desencadeados vários movimentos indutores de mudanças na formação e nas práticas de saúde que culminaram na criação da Política de Educação Permanente, que por sua vez tem nas Residências em Saúde um dos dispositivos para sua efetivação, fator que contribui para a expansão dos programas pelo país.

O terceiro capítulo “A formação profissional dos assistentes sociais nos programas de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora” apresenta o histórico de criação das Residências em Saúde do HU/UFJF, particularizando as Residências Multiprofissionais que contam com assistentes sociais em seus quadros. Apresenta reflexões teóricas sobre a integralidade e a interdisciplinaridade em saúde, evidenciando como se expressam nos propostas de formação profissional das Residências e do Serviço Social. Traz ainda, uma reflexão sobre as possíveis correlações existentes entre tais propostas.

Espero que as análises empreendidas neste estudo possam oferecer contribuições para adensar as discussões em torno da formação em saúde, sobretudo no que se refere à condução do processo formativo dos assistentes sociais nos programas de Residência em Saúde, bem como fortalecer o debate dos fundamentos do Serviço Social e reafirmar as bases teóricas do projeto ético-político profissional centrado na tradição marxista.

CAPÍTULO 1- PROJETO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

1.1 - Trajetória da formação profissional em Serviço Social

A proposta de formação profissional do Serviço Social, hoje hegemônica e contida nas Diretrizes Curriculares de 1996, instituídas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), foi construída a partir de uma série de elementos que configuraram o cenário nacional no final da década de 1980, e que refletiram diretamente no Serviço Social brasileiro. Tais elementos se referem à conjuntura histórica do final dos anos 1970 e início da década de 1980, marcada por uma grave crise econômica, pela crise da ditadura e acompanhada de uma reorganização política da sociedade civil, que levou a revisão do currículo e da formação profissional, colocando-os como uma necessidade histórica.

Além disso, esta revisão foi empreendida devido à necessidade de analisar o Serviço Social a partir da realidade brasileira e dos desafios que afloravam e se colocavam para a profissão, implicando apreender a vinculação entre esta e as novas configurações da questão social, presentes no interior do processo de reprodução da relação entre capital e trabalho, requisitando a formulação de respostas profissionais qualificadas para o enfrentamento da questão social.

Neste período foram viabilizadas as condições para que o Serviço Social construísse um novo projeto profissional de recusa e crítica ao conservadorismo, realizada por meio do processo de Renovação do Serviço Social brasileiro. Este por sua vez, não ocorreu de forma isolada, mas em decorrência da combinação de determinações da conjuntura social, política e econômica da América Latina – que se convencionou chamar de movimento de Reconceitualização do Serviço Social ou de Reconceptualização (NETTO, 2008). Tal movimento impulsionou a categoria dos assistentes sociais a uma autocrítica, ou seja, a repensar sua formação e intervenção junto à realidade brasileira. Para Netto (2008), esse movimento foi preponderante para o que ele denominou processo de “renovação do Serviço Social brasileiro”, entendido como:

O conjunto de características novas que, no marco das constrictões da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas

tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e, disciplinas sociais [...] (Ibid, 2008, p. 131).

De acordo com as análises do autor, o processo de renovação, teve um carácter necessariamente sincrético e multifacetado, que suscitou um intenso debate teórico-metodológico entre os assistentes sociais ao longo de uma década (1965 a 1975), fazendo manifestar no seu interior, tendências diversas denominadas por ele como “modernizadoras” (de orientação funcionalista), de “reatualização do conservadorismo” (de inspiração fenomenológica) e com “intenção de ruptura” (de tendência marxista), todas elas comprometidas com a discussão e a formulação de alternativas teórico-práticas em relação ao Serviço Social tradicional. No entanto, para o autor, é somente a perspectiva “Intenção de Ruptura”, que sustentada na teoria crítica, de fato, colocou em xeque a gênese, os princípios e as práticas a que se vinculava o Serviço Social na sua trajetória sócio histórica.

Cabe mencionar que nesse processo a apropriação da perspectiva marxista pelo Serviço Social se deu, inicialmente, pela vertente do pensamento estruturalista-positivista e vulgar, caracterizada por interpretações reducionistas e enviesada do marxismo, que gerou alguns equívocos para a profissão dos quais se destaca: o afastamento dos assistentes sociais da prática institucional estatal e a sua inserção na militância dos movimentos sociais, bem como, o desenvolvimento de posturas messiânicas e fatalistas.

É somente a partir dos anos 1980 e 1990 que, no Brasil, o Serviço Social caminha para a apreensão de um novo horizonte teórico-metodológico e ético-político, impresso a partir da apreensão de fontes originárias do pensamento marxista, do qual se destaca a reflexão produzida por Marilda Villela Iamamoto em parceria com Raul de Carvalho, publicada em 1983 e, intitulada: *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*, sinalizando a “maioridade intelectual da perspectiva de ruptura – ponto de inflexão no coroamento da consolidação acadêmica do projeto de ruptura e mediação para o seu desdobramento para além das fronteiras universitárias” (NETTO, 2008, p. 275).

Assim, de modo geral, pode-se dizer que o processo de renovação do Serviço Social brasileiro se opôs à herança intelectual e cultural da profissão, proporcionando uma revisão das bases teóricas, metodológicas, éticas e políticas de suas ações. Esta revisão das bases teórico-metodológicas alicerçada na teoria social marxista conduziu o Serviço Social a

assumir novos posicionamentos éticos e políticos, possibilitando a constituição de um projeto profissional de orientação crítica, intitulado de Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Ao tratar de projetos profissionais, Braz e Teixeira (2009) esclarecem que estes integram os projetos societários, os quais estão articulados às práticas sociais, que por sua vez são efetivadas por interesses diversos, denotando a dimensão política de toda e qualquer prática. Nesse sentido, em uma sociedade de classes, permeada por interesses antagônicos, um projeto profissional é delineado, quando os sujeitos profissionais no processo de intervenção imprimem uma direção social em suas ações a fim de atender aos diferentes interesses sociais presentes no bojo da sociedade. É a partir daí que alguns valores e diretrizes vão sendo definidos, e à medida que alcançam expressividade e adesão da maioria dos profissionais, passam a representá-los, revelando sua “auto-imagem” (Netto, 2006) e sendo reconhecido como projeto profissional.

Sendo assim, o Projeto Ético-Político do Serviço Social expressa o conjunto de valores e princípios eleitos pela categoria com base em uma matriz teórico-metodológica (teoria social crítica), que demonstra posicionamentos éticos e políticos, os quais definem a identidade profissional. Portanto, ele constitui um código valorativo que conduzirá as ações profissionais e representará as defensas da categoria frente à luta de classes. Nessa direção, Netto (2006) explicita que os projetos profissionais constituem-se como:

A auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (Ibid, 2006, p. 4).

O autor salienta ainda que os projetos profissionais são mutáveis, que se renovam e se modificam para responder às necessidades sociais sobre as quais a profissão intervém e, desse modo, atendem aos interesses antagônicos que estão em disputa na sociedade. Em virtude disso, podem apresentar uma direção conservadora ou reacionária que nem sempre está explícita. Por isso os projetos profissionais são vinculados a determinado projeto societário.

De acordo com Iamamoto (2008) o Projeto Ético-Político do Serviço Social é historicamente datado, tem sua origem nas lutas pela democracia na sociedade brasileira que ocasionou a crise da ditadura. Esse contexto de profundas transformações políticas e sociais

instaurado na sociedade brasileira levou ao questionamento da prática política dos assistentes sociais, exigindo novas respostas profissionais e impôs como necessário o movimento de renovação crítica do Serviço Social que desencadeou significativas alterações nos âmbitos do ensino, da pesquisa e da organização política da categoria. Com a renovação buscou-se assegurar a contemporaneidade da profissão e sua capacidade de decifrar a sociedade brasileira, de modo que o Serviço Social pudesse responder às necessidades sociais e justificar sua utilidade na sociedade.

O rompimento com o conservadorismo profissional constituiu a condição política para a construção do novo projeto profissional vinculado a uma matriz teórica de crítica à sociedade burguesa com vistas à defesa de um projeto societário pautado na democracia e justiça social, comprometido com a classe trabalhadora (NETTO, 2006).

Esta nova orientação social do projeto profissional foi consolidada no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 1979, conhecido como “Congresso da Virada”, onde se estabeleceu a opção política do Serviço Social com os interesses da classe trabalhadora. Tal posicionamento instaurou na profissão o pluralismo político, redimensionando a organização profissional e inserindo-a no marco do movimento dos trabalhadores.

Aliado a condição política, outros fatores se conjugaram para propiciar a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. No âmbito acadêmico, assiste-se ao surgimento dos cursos de pós-graduação nos anos 1970, e na década seguinte a consolidação e reconhecimento da produção de conhecimento na área de Serviço Social pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico – CNPq - e pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. A partir daí, foi possível o adensamento cada vez maior de uma massa crítica e de um segmento da categoria voltado para a pesquisa acadêmica e para a produção de conhecimento. Segundo Netto (2006, p.152), o Serviço Social

enquanto profissão, não dispõe de uma teoria própria, nem é uma ciência, isto não impede, entretanto, que seus profissionais realizem pesquisas, investigações, etc. e produzam conhecimentos de natureza teórica, inseridos no âmbito das ciências sociais e humanas.

No processo de acumulação teórica o Serviço Social incorporou diferentes matrizes teóricas e metodológicas e, dentre elas, vertentes críticas inspiradas na tradição marxistas, o

que significa dizer que também no âmbito da produção de conhecimento instituiu-se um pluralismo teórico-metodológico.

Simultaneamente, observam-se também importantes avanços na afirmação de uma nova postura profissional no campo da formação profissional, o que impulsionou a categoria e suas entidades, e particularmente a então Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) e posterior Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) a revisar o currículo mínimo de Serviço Social. Foi a partir de uma nova perspectiva de profissão e de profissional, propiciada pelo acúmulo teórico e político advindo da renovação do Serviço Social que se tornou possível a construção dos eixos norteadores do currículo aprovado na XXI Convenção de Ensino em Serviço Social promovida pela ABESS em 1979, e posteriormente, formalizado em 1982 pelo Ministério da Educação. Assim, o Serviço Social buscou redimensionar o ensino de modo a garantir a formação de um profissional capaz de responder, com eficácia e competência, às demandas tradicionais e emergentes, postas pela sociedade brasileira nessa conjuntura, construindo um novo perfil profissional.

Cabe salientar, que o currículo de 1982 apresentou inovações em sua estrutura, uma vez que o ensino do Serviço Social foi orientado a partir de ementas voltadas para História, Teoria e Método do Serviço Social, além do estágio supervisionado. Nesse período, também houve a introdução da política social no universo acadêmico, ao compreender a vinculação existente entre o exercício profissional e as políticas sociais públicas, sendo as relações entre Estado e sociedade determinantes para decifrar o significado social da profissão (IAMAMOTO, 2014).

A nova institucionalidade do Serviço Social também se expressou no campo da ética com a formulação de um novo Código de Ética Profissional em 1986. Os avanços do referido Código, que o tornaram um marco na história do Serviço Social, se materializaram na crítica aos valores universais tratados de forma abstrata e a-histórica nos códigos anteriores¹ e no

¹Barroco (2008) expõe que o Serviço Social, em sua gênese, sofreu influências do conservadorismo moral e político, dado que naquele momento, a formação profissional estava fundamentada no pensamento positivista e na filosofia neotomista, os quais conferiram a profissão uma cultura profissional assentada em uma prática moralizadora, de ajustamento social e psicologização da questão social. A ética tradicional firmava-se na “defesa da autoridade, da ordem e da tradição” (Ibidem, p.99, 2008) e se expressava na reprodução do preconceito e restrição da liberdade. Por assim estar fundamentada, a ação profissional se revelava incoerente com o discurso humanitário defendido pela categoria profissional, visto que sua ação contribuía para o fortalecimento da sociabilidade burguesa, e não para o atendimento das necessidades dos usuários. Esta racionalidade conservadora se fez presente também nos Códigos de Ética Profissional, formulados ao longo do desenvolvimento da

posicionamento político com a explicitação do compromisso profissional com a classe trabalhadora, reafirmando a construção de uma prática profissional comprometida com a transformação social.

Portanto, tais componentes supracitados conformaram a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social e marcaram o rompimento com o conservadorismo profissional, caracterizando um novo projeto profissional de clara vinculação ao projeto societário comprometido com a classe trabalhadora no âmbito da profissão.

Iamamoto (2008) afirma que com a incorporação da perspectiva crítica contida no novo projeto profissional, a profissão alcançou legitimidade e se fortaleceu ao se aproximar de forma crítica da realidade brasileira e avançou quanto ao modo de pensar a si mesma, aprofundando os conhecimentos e reflexões sobre os fundamentos da profissão, dos desafios e das possibilidades postos para intervenção, formulando respostas profissionais e posicionamentos políticos consistentes e qualificados.

1.1.2- A atual proposta curricular e as diretrizes para a formação profissional

Ao adentrar a década de 1990, o Serviço Social adquire maturidade intelectual, a profissão se consolida no âmbito acadêmico e suas entidades de representação e organização política se colocam na defesa dos direitos sociais na direção da emancipação da classe trabalhadora deixando claro o posicionamento da profissão. Segundo Netto (2006) todas essas ações expressam a incorporação do projeto ético-político pela categoria e evidencia a conquista de sua hegemonia transformando-se numa direção estratégica da profissão no enfrentamento do conservadorismo. Seu direcionamento permeia as entidades representativas da profissão; os debates nos diversos fóruns; os posicionamentos da categoria perante a sociedade e as discussões acerca da formação profissional.

De acordo com Braz e Teixeira (2009), o projeto ético-político do Serviço Social ganhou materialidade por meio de determinados componentes que foram construídos e legitimados pela categoria e que se expressam no Código de Ética Profissional de Assistente Social de 1993; na Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei n. 8662/93) e na proposta das Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional em Serviço Social

profissão, sendo o primeiro datado em 1947, seguido de reformulações em 1965, 1975 até 1986, momento que ocorre o rompimento com a concepção tradicional.

(ABEPSS, 1996). Tais componentes além de expressarem o modo de ser da profissão, atribuem legitimação jurídica para a defesa da autonomia profissional, de suas competências e atribuições, bem como dos valores ético-políticos que atravessam o projeto profissional crítico.

O Código de Ética de 1993 tornou-se a referência para as práticas profissionais, marcando a construção de uma nova moralidade e cultura profissional, bem como reafirmou o comprometimento do projeto profissional com a classe trabalhadora, traduzindo tal compromisso em valores e princípios orientados para um projeto de superação da ordem burguesa. A elaboração do conjunto de princípios norteadores da profissão está fundamentada na ontologia social marxiana, e em função desse referencial teórico, ressalta-se a centralidade do trabalho na reprodução da vida social e na sociabilidade (BARROCO, 2008).

Barroco (2008), ancorando-se nas análises de Marx, explicita que o trabalho é a dimensão fundante do ser social, ou seja, por meio dele o homem se desenvolve e adquire capacidades essenciais que o distingue dos demais seres da natureza, quais sejam: a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade. Tais capacidades, por sua vez, não são dadas a priori, mas conquistadas no decorrer do processo histórico e de constituição do homem pelo trabalho.

A autora assinala que a natureza ontológico-social do trabalho, no processo de (re) produção do ser social, é o que o torna universal e sócio-histórico, na medida em que o trabalho não é produto de um indivíduo, e sim da cooperação entre os homens, que conjuntamente atuam sobre a natureza a fim de transformá-la para satisfazer suas necessidades. Desse modo, o trabalho propicia diferentes formas de interações humanas, tais como a linguagem, as representações e os costumes que tecem a cultura.

O aperfeiçoamento da sociabilidade impõe ao homem novas necessidades e meios de satisfazê-las, o que requer a transformação do ser social e do mundo que o cerca, isto é, a constante recriação do sujeito e do objeto. Esse processo de reinvenção do homem e da natureza, para responder necessidades socialmente determinadas, produz modificações nos sentidos, habilidades e potencialidades dos sujeitos (Ibid, 2008).

Disto decorre que o trabalho é fruto da consciência humana, enquanto uma ação intencional e planejada, direcionada pela inteligência humana, cujo fim é alcançar seus objetivos projetados previamente. Por ser racional o homem é capaz de conhecer a natureza e os objetos necessários para transformá-la e se satisfazer. Assim, o homem age teologicamente,

transformado a realidade e a si mesmo. Como afirma Marx (apud BRAVERMAN, 1987, p.52) “ao agir sobre o mundo externo e transformá-lo, ele ao mesmo tempo modifica sua própria natureza”. Além de autoconstruir-se, o homem funda a história e a cultura em sua relação dialética com a natureza.

Barroco (2008) salienta que o trabalho ao permitir ao homem autodeterminar-se o torna um ser social portador de autonomia, já que possui capacidade para fazer escolhas, planejar suas ações a partir de seus desejos, ultrapassar limites, visando suas capacidades e propósitos. Por ser uma ação autoconsciente, resultante de intenções e projetos humanos, o trabalho é produtor da liberdade e da ética.

Diante do exposto, a autora afirma que o desenvolvimento da universalidade, da sociabilidade, da consciência e da liberdade, enquanto capacidades humano-genéricas são o que potencializa a emancipação dos sujeitos. Tais capacidades, inseridas na dinâmica da totalidade social, constituem mediações entre os indivíduos e o gênero humano, elas estão presentes em todas as esferas sociais, tendo níveis diferenciados de desenvolvimento. Por exemplo, a moral, é fruto da capacidade ética de criar valores que são estabelecidos como referência para a conduta dos indivíduos em sociedade. A partir do momento que a moral é institucionalizada e traduzida em normas e deveres sociais, assume a aparência de uma esfera social específica, a saber, a do direito. Nessa direção, a orientação de valor é intrínseca às ações humanas, surge de forma objetivada, sendo também concebida a partir do trabalho.

Barroco (2008) segue explicitando que em virtude da dinâmica complexa das mediações, os valores podem comportar diversos significados a depender das necessidades e possibilidades sócio-históricas dos homens, no processo de transformação da realidade. Daí a existência de valores éticos, estéticos, científicos, religiosos e de categorias orientadoras de valores como: bom e mal, verdadeiro e falso. Assim, a autora afirma que para Marx a “riqueza humana” consiste no “desenvolvimento multilateral de todas as capacidades e possibilidades humanas” (Ibid, 2008, p.33).

Com base nessa compreensão, a liberdade, a equidade e a justiça social, articuladas à democracia e à cidadania foram eleitas como valores éticos fundamentais do Código de Ética de 1993. Esses princípios estão assim expressos:

- 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 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 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 ou 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. (Código de Ética dos Assistentes Sociais, 1993, p. 17-18).

Ao explicitar os princípios do Código de Ética, Barroco (2008) alerta que a defesa da liberdade, da justiça social, da democracia e da cidadania, não se confunde com os valores liberais burgueses. Ancorada na ontologia social marxista, a autora esclarece que a concepção de liberdade, presente no CEP, é compreendida como a possibilidade de fazer escolhas, mesmos que determinadas historicamente, estando articulada à autonomia e a emancipação, assim como ao pleno desenvolvimento dos indivíduos sociais, sinalizando para a luta em favor de uma sociabilidade onde os homens sejam realmente livres, o que requer a “superação da propriedade privada e de processos de alienação e de dominação-exploração a que estão submetidos os indivíduos na sociedade burguesa” (VINAGRE, 2013, p.111).

A concretização de uma sociedade mais igualitária requer ainda a defesa da democracia enquanto socialização da riqueza socialmente produzida e a efetivação da justiça social por meio da universalização de acesso dos indivíduos a bens e serviços referentes a programas e políticas sociais, bem como à sua gestão democrática, apontando para a necessidade de ultrapassagem da dimensão meramente formal e classista desses valores, visto que as desigualdades inerentes a sociedade capitalista impedem sua realização.

Na mesma direção, a cidadania é defendida enquanto uma estratégia para promover transformação social. Por conseguinte, defender o Projeto Ético-Político do Serviço Social é defender a consolidação dos direitos sociais, e consequentemente da cidadania. Sendo esta compreendida enquanto um espaço de luta pela garantia de direitos, não apenas em sua dimensão jurídico-formal inscrita na ordem burguesa, mas enquanto fruto da luta de classes e das relações de desigualdades inerentes à sociedade burguesa.

Os valores e princípios instituídos no Código de Ética e que denotam o compromisso profissional, apontam para o fato de que a sua concretização não depende apenas de uma vontade política e da adesão aos valores, mas da capacidade de torná-los concretos, por isso é imprescindível que o assistente social, em seu cotidiano profissional, seja competente do ponto de vista ético-político, teórico-metodológico, técnico-operativo e investigativo para garantir a qualidade dos serviços prestados.

A Lei n.º 8662/93, que regulamenta a profissão, também constitui um instrumento que respalda e fundamenta as ações profissionais. Nela estão contidas as competências e as atribuições privativas estabelecidas para o exercício profissional, as quais estão elucidadas nos seguintes artigos:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Diante do exposto, cabe esclarecer que as competências expressam a capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusiva de uma única profissão, mas cabível a ela em virtude da capacitação dos sujeitos profissionais, diferindo das atribuições privativas que se restringem às prerrogativas exclusivas do assistente social.

A Lei n.º 8662/93 representa uma defesa da profissão na sociedade e um guia para a formação profissional. Enquanto instrumento que normatiza o exercício profissional dos assistentes sociais, foi construída com base na conjugação de princípios ético-políticos e procedimentos técnico-operacionais integrando um conjunto de conhecimentos especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas às demandas sociais (IAMAMOTO, 2002).

No entanto, esta não é a única lei que normatiza o exercício profissional. Atualmente, a categoria profissional dispõe de um conjunto de resoluções² estabelecidas pelo conjunto CFESS/CRESS que regulam o trabalho dos assistentes sociais a fim de garantir a autonomia profissional. Há também, aquelas que regulamentam a formação profissional e que são elaboradas pela ABEPSS, dentre os quais se destacam as Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social de 1996.

No campo da formação profissional, as “Diretrizes Curriculares Propostas pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS)”, em 1996, marcou a consolidação do posicionamento crítico do processo formativo. Estas estão dispostas em um documento que foi produzido no interior da categoria profissional, baseado em referenciais teóricos e na conjuntura social, econômica, política e cultural do país, refletindo a correlação de forças sociais existentes na sociedade e na universidade, tornando-se o marco orientador da formação no âmbito da graduação em Serviço Social. As atuais Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social fazem parte de uma nova proposta de formação profissional – construída pelo conjunto da categoria nos anos 1990 - que buscou garantir os avanços experimentados pela profissão, bem como, responder aos desafios e exigências contemporâneas.

²Principais resoluções do CFESS: RESOLUÇÃO Nº 572/2010 Dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos CRESS de assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição da profissão, mesmo que contratados sob a nomenclatura de "cargos genéricos"; RESOLUÇÃO Nº 569/2010 Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social; RESOLUÇÃO CFESS Nº 559/2009 Dispõe sobre a atuação do Assistente Social, inclusive na qualidade de perito judicial ou assistente técnico, quando convocado a prestar depoimento como testemunha, pela autoridade competente; RESOLUÇÃO CFESS Nº 556/2009 Procedimentos para efeito da Lacração do Material Técnico e Material Técnico-Sigiloso do Serviço Social; RESOLUÇÃO CFESS Nº 554/2009 Dispõe sobre o não reconhecimento da inquirição das vítimas crianças e adolescentes no processo judicial, sob a Metodologia do Depoimento Sem Dano/DSD; RESOLUÇÃO CFESS Nº 533/2008 REGULAMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO DIRETA DE ESTÁGIO; RESOLUÇÃO CFESS Nº 513/2007 Procedimentos para efeito da Lacração do Material Técnico sigiloso do Serviço Social; RESOLUÇÃO CFESS Nº 493/2006 Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social; RESOLUÇÃO CFESS Nº 489/2006 Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social; RESOLUÇÃO CFESS Nº 443/2003 Institui procedimentos para a realização de desagravo público, e regulamenta a alínea “e” do artigo 2º do Código de Ética do Assistente Social / Altera e revoga a Resolução CFESS N º 294/94. RESOLUÇÃO CFESS Nº 383/1999 Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

Para tanto, o processo de revisão curricular que culminou na construção das diretrizes curriculares foi realizado a partir de um amplo debate coletivo³ e democrático entre a categoria profissional, promovido nacionalmente pelo ABESS em conjunto com o Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS), com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) aliado aos conselhos regionais e a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) que tomando o currículo de 1982 como ponto de partida, buscou, por um lado, manter e fortalecer seus avanços e de outro, superar suas lacunas e debilidades.

Esses debates ocorreram em três etapas e resultou na formulação de três documentos. O primeiro, “Proposta básica para o projeto de formação profissional”, elaborado em 1995, versou sobre os pressupostos, diretrizes, metas e núcleos de fundamentação do novo desenho curricular. Em seguida, em 1996, com o suporte de consultores houve a elaboração do documento “Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate”. No mesmo ano, em conformidade com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)⁴, a proposta de formação profissional se materializa através das novas Diretrizes Curriculares – e não mais “currículo mínimo”. Para tanto, o documento de 1996 foi reorganizado e publicado pela ABESS com o título de “Diretrizes Gerais para os cursos de Serviço Social”⁵, que foi apreciada e aprovada com cortes e restrições pelo Conselho Federal de Educação, e homologado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 2001. As implicações desse processo para a formação profissional serão analisadas em capítulo posterior, onde trataremos sobre a crise do Estado e a contrarreforma da Política de Educação brasileira.

³No íterim de 1994 a 1996 ocorreu um intenso processo de mobilização das unidades de ensino de Serviço Social em todo país com intuito de discutir sobre a formação profissional. Para tanto, foram realizadas 200 oficinas locais, 25 regionais e 02 nacionais. As produções resultantes destes debates subsidiaram a construção das “Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social” aprovada na Assembleia Geral da ABESS em 1996 (ABESS/CEDEPSS, 1996).

⁴Lei n.º 9.394, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996. Esta lei, “materializa-se em um conjunto de iniciativas e de instrumentos jurídicos – leis, medidas provisórias, decretos, emendas constitucionais, resoluções e portarias, resoluções e pareceres –, que, silenciosamente, vem realizando uma verdadeira reforma na universidade brasileira” (IAMAMOTO, 2000, p: 36). A LBD/96 integra o conjunto de reformas que perpassam o Estado brasileiro, desencadeada no governo de Fernando Henrique Cardoso e que expressa os princípios do ideário neoliberal que orientaram o país para a consolidação de um Estado de direito mínimo, com fortalecimento da iniciativa privada, inclusive na educação superior.

⁵As Diretrizes Curriculares propostas pela ABESS em 1996 foram revistas em 1999 a fim de atender as novas determinações do MEC, que então extinguiu o formato de currículos mínimos, passando os cursos superiores a serem orientados por diretrizes. Dessa forma, as “Diretrizes Curriculares” de 1999 da ABEPSS é marco orientador da formação profissional.

Por hora, cabe analisar o conteúdo das Diretrizes Curriculares, uma vez que estas expressam um determinado modo de pensar a profissão e imprimiu o direcionamento que o projeto de formação profissional estabeleceu quanto “ao tipo de profissional que se pretende formar; para que formar; para quem formar” (SANTOS, 2006, p.60).

Esses elementos são explicitados no projeto de formação profissional, na medida em que define um *perfil do assistente social que se quer formar*, qual seja um profissional cuja intervenção deve pautar-se na defesa dos direitos sociais, ampliação da cidadania e consolidação da democracia, exigindo competências teórico-práticas, técnicas e ético-políticas para o exercício profissional (ABESS/CEDEPSS, 1996). Nesse sentido, munido de capacidade intelectual, *o assistente social deve ser formado para* construir respostas profissionais eficazes que vão além das demandas postas pelo mercado de trabalho, não se restringindo a uma prática instrumental; *sua prática profissional está voltada para a sociedade* e comprometida “com a construção de uma nova cidadania coletiva, capaz de abranger as dimensões econômicas, políticas e culturais da vida dos produtores de riqueza, do conjunto das classes subalternas” (IAMAMOTO, 2010, p.185).

As Diretrizes Curriculares reafirmam a compreensão do Serviço Social como um produto histórico; como uma forma de especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social e técnica do trabalho, cujo significado social e ideopolítico se inscrevem no âmbito das relações entre as classes sociais, suas frações e destas com o Estado e com o conjunto da sociedade. O que implica compreender o caráter processual da profissão, isto é, ela se modifica ao transformarem-se as condições e relações nas quais se assenta.

O entendimento dos fundamentos do Serviço Social está ancorado na perspectiva da totalidade histórica, uma vez que “a história da sociedade é o terreno privilegiado para apreensão das particularidades do Serviço Social: do seu modo de atuar e de pensar incorporados ao longo de seu desenvolvimento” (IAMAMOTO, 2014, p. 621), sendo, portanto, parte e expressão da dinâmica societária. Nessa direção,

Decifrar essa especialização do trabalho supõe, nesse sentido, elucidar os processos sociais que geram a sua necessidade social, o significado de suas ações no campo das relações de poder econômico e político – das relações entre as classes e destas com o Estado -, assim como a inscrição do Serviço Social no debate teórico e cultural de seu tempo. Portanto, situar o Serviço Social na história é distinto de uma história do Serviço Social reduzida aos muros da profissão [...] (Ibid, 2014).

Essa perspectiva sinaliza a necessidade de o profissional se apropriar constantemente do movimento do real, tendo em vista que as mudanças que ocorrem na esfera da produção refletem nos mecanismos de reprodução social, os quais constituem o campo privilegiado da intervenção do Serviço Social e que por isso exige do assistente social constante aprimoramento para identificação das demandas e das estratégias de intervenção profissional.

Além disso, a profissão é concebida como um trabalho profissional e o assistente social um trabalhador assalariado que tem nas “múltiplas manifestações da questão social o objeto dessa especialização de trabalho” (ABESS/CEDEPSS, 1996). Assumir o Serviço Social como trabalho, requer reconhecer que as alterações na esfera da produção e reprodução social afetam este campo de atuação, ao gerar novas configurações da questão social e ao modificar as condições objetivas de seu trabalho.

A proposta de formação profissional contida nas Diretrizes Curriculares tem como eixo central a questão social nas suas manifestações sócio-históricas e ideopolíticas. Ela constitui o objeto de intervenção do Serviço Social e o meio pelo qual se realiza a compreensão dos processos sociais e de construção dos conhecimentos que direcionam a intervenção profissional, sendo, por isso, transversal a todo currículo. Esses elementos estão presentes na definição do perfil do bacharel em Serviço Social como também em suas competências e habilidades contidos no documento das Diretrizes Curriculares:

PERFIL DO BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL

Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais. Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho. Profissional comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social. (Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1999).

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade; Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país; Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na

realidade; Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado. (Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1999).

Diante do exposto, as Diretrizes Curriculares enfatizam a formação profissional generalista sendo considerada como um “processo de qualificação teórico-metodológico, técnico e ético-político para o exercício dessa especialização do trabalho coletivo” (ABESS/CEDEPSS, 1996, p.163) o que implica que esta formação deve estar fundada em um rigoroso trato histórico, teórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, de modo que o profissional seja capacitado para analisar a dinâmica das relações sociais capitalistas e identificar as expressões da questão social, compreendendo o papel do Estado e da luta de classes, identificando as determinações postas ao Serviço Social e os fundamentos que dão sustentação ao exercício profissional. Para tanto, é necessária a adoção de uma teoria crítica e de um método que permita melhores condições de apreensão da realidade em sua totalidade e ao mesmo tempo proporcione enxergar caminhos para sua transformação.

Nesse sentido, Iamamoto (2014, p. 623) afirma que

Essa concepção sobre os fundamentos do trabalho do assistente social é radicalmente histórica e aberta a um vivo acompanhamento crítico do universo cultural e político contemporâneo. Ela impulsiona uma formação *culta e universalista*, capaz de propiciar uma leitura do exercício profissional que apreenda suas características nas múltiplas determinações e relações em que se constitui. E está voltada para sedimentar uma teleologia historicamente fundada em valores e princípios éticos que norteiam a formação de competências e habilidades necessárias à sua operacionalização.

Essa perspectiva de formação conduz a construção de um perfil profissional que faz com que o assistente social não seja simplesmente um técnico, mas um intelectual preparado tanto no âmbito acadêmico, quanto prático para atuar no conjunto das manifestações da questão social. Coadunando com esse pensamento, Mota (2013, p.19) ressalta que o Serviço Social além de ser uma profissão, constitui-se em área de conhecimento e como tal “adensa sua intervenção na realidade através da construção de uma cultura intelectual, de cariz teórico-metodológico crítico, redefinindo a sua representação intelectual e social.

A autora segue explicitando que as dimensões da produção intelectual e da ação prático-operativa,

[...] possuem vínculos e se referem à realidade objetiva, porém encerram distinções: enquanto a produção teórico-intelectiva pode não materializar respostas imediatas às demandas da prática profissional, o exercício profissional, também ele referenciado por aquela produção, mobiliza outras mediações e instrumentalizações que são inerentes ao mundo cotidiano, das ações institucionais e das condições objetivas sob as quais se dá a efetivação de políticas e projetos sociais. Nesse sentido, não há nenhuma hierarquia ou dicotomia, mas a existência de patamares diferenciados da intervenção do Serviço Social (Ibid, 2013).

A formação generalista do assistente social é necessária para que o profissional tenha a perspectiva da totalidade de sua intervenção, evitando a fragmentação e imediaticidade de suas ações. Esta formação permite a inserção do assistente social no campo das variadas políticas sociais e em diferentes espaços ocupacionais, que por sua vez, exige do profissional, conhecimentos específicos para desempenhar uma atuação competente. Dessa forma, coloca-se como imperativo para o assistente social um continuado investimento na qualificação, podendo dispor de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado disponíveis, capacitando-se em suas práticas específicas.

As Diretrizes Curriculares também estabelecem os princípios que devem orientar a elaboração dos currículos plenos dos cursos de graduação de Serviço Social por cada Instituição de Ensino Superior. Esses princípios foram instituídos com base no Projeto Ético-Político do Serviço Social e deve perpassar transversalmente todo o currículo. São eles:

(a) a flexibilidade dos currículos; (b) um trato rigoroso teórica, histórica e metodologicamente da realidade e do próprio Serviço Social; (c) opção e adoção de uma teoria social crítica na perspectiva de totalidade; (d) a superação da fragmentação dos conteúdos; (e) o estabelecimento das dimensões de investigação e intervenção como condição central da formação e a relação da teoria com a prática; (f) padrões iguais entre os cursos diurnos e noturnos quanto à qualidade e ao desempenho; (g) uma formação com caráter interdisciplinar; (h) indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; (i) exercício do pluralismo; (j) a ética como um princípio formativo; e (k) a indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica (Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1999).

Dentre os princípios supracitados, pode ser destacada a centralidade da dimensão interventiva e investigativa no processo de formação profissional e da relação teoria e prática. A dimensão investigativa não deve se limitar a uma única disciplina de pesquisa, mas sim perpassar o currículo em sua totalidade, possibilitando ao aluno exercitá-la durante todo processo formativo. Nessa direção, a pesquisa torna-se uma estratégia contínua de formação,

visto que esta constitui um recurso importante para o conhecimento da realidade social, das manifestações da questão social, e para efetivação de uma intervenção profissional qualificada. Esse princípio também deve se materializar na indissociabilidade das dimensões de ensino, pesquisa e extensão. A prática investigativa possibilita ao aluno conhecer a realidade da intervenção e compreender a imprescindível relação entre teoria e prática.

Nesse sentido, a pesquisa é reivindicada como um passo importante e crucial para a formação e para a intervenção profissional dos assistentes sociais, sua relevância é reafirmada por Yamamoto (2010, p. 262) ao expor que:

Sendo a questão social a base de fundação do Serviço Social, a construção de propostas profissionais pertinentes requer um atento acompanhamento da dinâmica societária, balizado por recursos teórico-metodológicos, que possibilitem decifrar os processos sociais em seus múltiplos determinantes e expressões, ou seja, em sua totalidade. Exige uma indissociável articulação entre profissão, conhecimento e realidade, o que atribui um especial destaque às atividades investigativas como dimensão constitutiva da ação profissional.

Guerra (2007) reafirma esta perspectiva ao expor que para se alcançar o perfil de profissional que está delineado nas Diretrizes Curriculares (profissional com competência técnica, crítica teórica e compromissos ético-políticos), além de outros requisitos, faz-se necessário a construção de um referencial teórico-metodológico substancial que possibilite uma análise acurada e crítica da realidade social, o estabelecimento de um conjunto de valores e princípios para nortear a ação profissional e a disponibilidade de um arsenal técnico-instrumental que oriente estrategicamente a prática profissional. Todos esses elementos estão pautados em um exercício permanente da pesquisa, que permite conjugar formação e capacitação, de modo a produzir uma intervenção profissional qualificada, ou seja, que não se restringe ao simples atendimento às demandas imediatas, mas vai além, ao reconstruí-las de forma crítica.

A autora ressalta a importância do conhecimento para a realização das dimensões interventiva e investigativa do exercício profissional, e alega que mesmo apresentando características distintas, elas possuem uma unidade dialética que expressam o modo de ser da profissão, que por sua vez, se traduz nas competências e atribuições profissionais. A efetivação das competências e atribuições profissionais requer não só a sua execução por meio da ação profissional, mas a análise do contexto em que estas ações ocorrem. O que significa

dizer que o trabalho do assistente social extrapola a mera execução das políticas sociais, a partir do momento em que este se propõe também a avaliá-las, empreender pesquisas, realizar perícias e laudos, formar profissionais. Estas atividades demonstram o caráter investigativo das competências profissionais. Nesse sentido, Guerra (2007, p.3) reafirma que “mais do que uma postura, o caráter investigativo é constitutivo de grande parte das competências/atribuições profissionais”.

Nessa perspectiva, Bourguignon (2007) defende que a atitude investigativa é “constitutiva e constituinte” da prática profissional do assistente social, sendo determinada por seu caráter interventivo e por sua inserção na divisão social e técnica do trabalho. É constitutiva, pois o exercício profissional do assistente social realiza-se pautado na relação teoria e prática, com vistas a desvendar a realidade social e compreender criticamente as manifestações dos fenômenos sociais para direcionar sua intervenção. É constituinte porque o conhecimento adquirido pela profissão, ao longo de sua trajetória histórica, impulsiona um repensar crítico constante sobre a prática profissional. Esse movimento é permeado por contradições, que ao mesmo tempo desafia e impede muitos profissionais de reconhecerem a vinculação intrínseca entre intervenção e investigação.

Setúbal (2005) alerta que a pesquisa é constitutiva da prática profissional, porém não se confunde com ela. Sua utilidade torna-se essencial para o Serviço Social à medida que esta articulação (investigação e prática) possibilite a construção de conhecimentos que direcione e instrumentalize a intervenção do assistente social numa dada realidade sócio-histórica de forma propositiva. Deste modo, a pesquisa no Serviço Social deve buscar promover processos de transformação social, visto que “a pesquisa não é “especulativa”, pelo contrário está vinculada a necessidade de gerar um conhecimento que seja capaz de “operar” transformações nas ações cotidianas, permitindo compreender a realidade e estabelecer “estratégias” de intervenção” (BOURGUIGNON, 2005, p. 249).

Assim, a pesquisa é concebida como elemento-chave para a concretização dos princípios e diretrizes tanto do Projeto Ético-Político, quanto do projeto de formação profissional (CARVALHO, 2004).

A dimensão interventiva que remete ao ensino do trabalho profissional, também deve estar presente em todos os conteúdos do currículo, que por sua vez, deve capacitar o profissional para intervir na realidade. No entanto, o exercício da dimensão interventiva não deve se limitar ao estágio, mesmo sendo este um momento particular da formação, em que o

aluno pode estabelecer contato direto com a realidade profissional através de sua inserção nos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social. Este é um momento privilegiado do ensino da prática, mas não se restringe a ele. Dessa forma, a unidade entre teoria e prática é reafirmada e sua desagregação não pode existir, visto que se relacionam de modo dialético e orgânico, sendo, portanto, indissociáveis. Assim, segundo Boschetti (2004, p. 29) o conteúdo de todos componentes curriculares deve “ter a preocupação de mostrar a vinculação entre teoria, realidade e as possibilidades de intervenção profissional em diferentes contextos e momentos históricos”.

Dado que a formação e o exercício profissionais do assistente social são perpassados pelos desafios postos na contemporaneidade, que exigem desse profissional, respostas qualificadas e competentes, é imprescindível que este seja capaz de realizar uma leitura crítica da realidade social a qual é chamado a intervir, compreendendo-a em sua totalidade e níveis de complexidade. Para tanto, é necessário ao profissional o aporte de uma teoria que lhe permita apreender tanto elementos conjunturais, quanto estruturais e as relações existentes entre estes que compõe a realidade na qual estamos inseridos e que imprimimos a ação profissional. Além disso, esta teoria possibilita ao profissional vislumbrar as demandas que se traduzem em particularidade do Serviço Social e que se expressam em requisições e competências profissionais (FIORI; GUERRA, 2013). Isso significa dizer que “a complexidade da realidade exige profissionais que não apenas respondam as suas demandas, mas que as compreendam nos seus significados sociais e que pela sua intervenção lhes atribua novos e mais críticos significados (GUERRA, 2005, p. 2).

Para que o profissional consiga identificar suas demandas, apropriá-las criticamente, reconfigurá-las e respondê-las de forma eficaz e eficiente, indo além do que é posto pelo mercado de trabalho, este necessita receber uma sólida formação teórico-metodológica no que se refere à obtenção de conhecimentos teóricos e interventivos, de modo que o profissional possa extrapolar o senso comum de que “na prática, a teoria é outra”. Assim, tendo em vista o perfil de profissional que se pretende formar na atualidade, este não pode mais se deixar condicionar por esse falso dilema que atravessa a formação e o exercício profissional.

Desde a construção do projeto profissional do Serviço Social, na década de 1980, que está fundamentado no materialismo histórico dialético, a unidade entre teoria e prática tem sido traduzida na indissociabilidade das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-interventiva do exercício profissional, como afirma Santos (2010, p: 5):

[...] teoria e prática mantêm uma relação de unidade na diversidade, formam uma relação intrínseca, sendo o âmbito da primeira o da possibilidade e o da segunda o da efetividade.

Desse modo, para que não haja a permanência do equívoco de que “na prática, a teoria é outra”, teoria e prática precisam ser pensadas em sua unidade. Embora possuam características diferenciadas, só se realizam em interação mútua, em sua totalidade. Assim, evita-se cair no pragmatismo, ou seja, na ideia de que a teoria deve ser implantada na realidade social e que esta tem o poder de dar respostas imediatas para suas questões. Como se a teoria pudesse ser tratada como um receituário que se encaixa em qualquer realidade, produzindo imediatamente o efeito esperado, reduzindo o valor da teoria a sua capacidade de responder prontamente a realidade (FIORI; GUERRA, 2013).

O assistente social é um profissional/intelectual que intervém na realidade social, este caráter interventivo de sua ação, impõe ao profissional a necessidade de apreender criticamente essa realidade que é contraditória e dinâmica, o que requer a busca constante de conhecimentos teóricos, políticos e éticos, esta é uma condição imprescindível do trabalho profissional. Além disso, o assistente social mesmo dispondo de autonomia relativa na execução de seu trabalho, tem a possibilidade de escolher e imprimir uma direção social às suas ações. No entanto, para que isso se efetive, a busca de conhecimentos que o qualifiquem profissionalmente para a tomada de decisões responsáveis, torna-se essencial.

Nesse sentido, Assis e Rosado (2012) salientam que a prática profissional é constituída pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, as quais se articulam entre si formando um todo inseparável. Assim, o profissional ao fazer a opção por uma determinada concepção teórico-metodológica, terá a escolha dos instrumentos e dos objetivos que se quer alcançar com sua ação, condicionados pela teoria escolhida para guiá-lo na análise da realidade social. Da mesma forma, a escolha dos fins e meios está ligada à dimensão ético-política, posto que os valores “incidem sobre os conhecimentos necessários à escolha dentre as alternativas possíveis à finalidade em causalidade posta” (SANTOS, 2010, p. 60).

Esta vinculação entre as três dimensões do exercício profissional indica que a prática não ocorre desvinculada dos aspectos teórico-metodológicos e ético-políticos, assim como os recursos técnico-operativos utilizados na intervenção profissional não estão alheios às demais dimensões. A partir dessa perspectiva, compreende-se que os instrumentos utilizados na prática profissional não decorrem, específica e imediatamente, de alguma teoria, ou seja, uma

teoria não cria seus próprios instrumentos. Assim, a instrumentalidade da profissão é construída à medida que consegue materializar suas ações em respostas às demandas institucionais, ainda que não estejam desvinculadas do movimento das relações sociais em sua totalidade.

Portanto, formar profissionais competentes e qualificados, exige que o projeto de formação profissional enfrente e ultrapasse os dilemas e falsos dilemas existentes entre teoria e prática no âmbito do Serviço Social. Ademais é necessário o fortalecimento da formação continuada, como processo de aperfeiçoamento da prática profissional, e o estreitamento de vínculos entre universidade e espaços sócio-ocupacionais, com vistas a produzir sistematizações e reflexões sobre o cotidiano profissional. Nesse sentido, Vasconcelos (1998, p. 116) ressalta que

A unidade dialética entre teoria e prática não vai ser obtida no Serviço Social apenas a partir das referências teórico-metodológicas, mas tendo como base a qualidade das conexões que os profissionais – assistentes sociais, pesquisadores, docentes e assessores/consultores – estabelecem com a realidade objeto da ação profissional, o que passa por uma relação consciente entre pensamento e ação, determinada pelo resgate da unidade academia/meio profissional a partir de uma relação sistemática, projetada, permanente.

Cabe lembrar que a continuidade do aprimoramento intelectual e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, com vistas a desenvolver uma ação competente, constitui um dos princípios do Código de Ética do assistente social, e que o profissional deve empenhar-se para alcançá-lo.

Outro princípio relevante nas Diretrizes Curriculares é a transversalidade da ética, tendo em vista a importância da vinculação do exercício profissional aos compromissos estabelecidos pela profissão. Nesse sentido, Boschetti (2004) defende a articulação entre a ética filosófica e a ética profissional, não restrita apenas a um componente curricular, mas permeando todo o processo de formação.

Também está presente nas Diretrizes Curriculares a importância da interdisciplinaridade na formação profissional, compreendida enquanto a interlocução entre diferentes matérias e ciências e as disciplinas específicas do Serviço Social, de modo que ao se articularem, estabeleçam uma relação de complementaridade entre si, a exemplo de disciplinas como psicologia, sociologia, economia, antropologia, dentre outras. A

interdisciplinaridade é fundamental para a inserção do assistente social nos diferentes processos de trabalho, em que é exigida a convivência e relacionamentos de diversos profissionais de várias áreas do saber para dar conta da complexidade da realidade social.

As Diretrizes Curriculares tem como pressuposto a permanente construção de conteúdos (teóricos, éticos, políticos e culturais) que proporcione elevados padrões de qualidade na formação do assistente social. Para tanto, estes conteúdos estão organizados de forma articulada, com vista a superar sua fragmentação. Assim, as Diretrizes Curriculares apresenta uma estrutura inovadora que abrange um conjunto de conhecimentos relacionados entre si e expressos em três núcleos de fundamentação, a saber, *núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social*, *núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira* e *núcleo de fundamentos do trabalho profissional*. Os núcleos de fundamentação são assim definidos:

- Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social, que compreende um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos para conhecer o ser social enquanto totalidade histórica, fornecendo os componentes fundamentais para a compreensão da sociedade burguesa, em seu movimento contraditório;
- Núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira que remete à compreensão dessa sociedade, resguardando as características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais. Compreende ainda a análise do significado do Serviço Social em seu caráter contraditório, no bojo das relações entre as classes e destas com o Estado, abrangendo as dinâmicas institucionais nas esferas estatal e privada;
- Núcleo de fundamentos do trabalho profissional que compreende todos os elementos constitutivos do Serviço Social como uma especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica e técnica, os componentes éticos que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e o estágio supervisionado. Tais elementos encontram-se articulados por meio da análise dos fundamentos do Serviço Social e dos processos de trabalho em que se insere, desdobrando-se em conteúdos necessários para capacitar os profissionais ao exercício de suas funções, resguardando as suas competências específicas normatizadas por lei (Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1999).

Apesar de cada núcleo de fundamentação manter as suas particularidades, eles são considerados indissociáveis entre si e mantém uma relação de horizontalidade entre os mesmos. Nesse sentido, não há uma autonomização nem hierarquização desses núcleos, uma vez que expressam “níveis diferenciados de apreensão da realidade social e profissional,

subsidiando a intervenção do Serviço Social” (ABESS/CEDEPSS, 1997, p.64). Enquanto eixos articuladores do processo de formação, os núcleos de fundamentação desdobram-se em áreas de conhecimento, que se traduzem em um conjunto de componentes curriculares necessários a formação profissional, quais sejam:

Matérias: expressão de áreas de conhecimento necessárias à formação profissional que se desdobram em: [...]

✓ disciplinas: constituem-se como particularidades das áreas de conhecimento que enfatizam determinados conteúdos priorizando um conjunto de estudos e atividades correspondentes a determinada temática, desenvolvida em um período com uma carga horária pré-fixada.

✓ seminários temáticos: momentos de especificidade e aprofundamento de temáticas relevantes em diferentes enfoques, visando ao detalhamento de abordagens voltadas para a problematização e o estímulo da criatividade.

✓ oficinas/laboratórios: espaços de vivência que permitam o tratamento operativo de temáticas, instrumentos e técnicas, posturas e atitudes, utilizando-se de diferentes formas de linguagem.

✓ atividades complementares: conjunto de atividades hoje existentes, mas ainda não reconhecidas formalmente nos currículos plenos. Estas atividades complementares podem ser distribuídas em visitas monitoradas, monitoria, produção científica, pesquisas e extensão, participação em encontros, seminários, congressos com apresentação de trabalho e disciplinas não previstas no currículo pleno [...] (ABESS, 1996, p.15).

Todos os componentes curriculares apresentados devem partir desses núcleos, os quais “articulam um conjunto de conhecimentos e habilidades necessário à qualificação profissional dos assistentes sociais na atualidade” (IAMAMOTO, 2010, p. 71). Cabe ressaltar que a presença desses componentes na organização curricular rompe com a visão formalista do currículo, que anteriormente estava restrito a matérias e disciplinas, propiciando uma nova forma de articulação entre teoria e prática.

Aliado aos componentes curriculares, o Estágio Supervisionado e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) são considerados atividades indispensáveis integradoras do currículo. O Estágio proporciona a inserção do aluno no espaço sócio-institucional a fim de capacitá-lo para o exercício profissional. Este é um espaço onde ele vai discutir e pensar as mediações entre o conhecimento da realidade, as necessidades da população e os meios que possibilitam o alcance de seus objetivos. Do mesmo modo, o TCC é o trabalho no qual o aluno sistematiza o conhecimento resultante de um processo investigativo, que pode ter sido originado da prática de estágio. Sendo assim, a articulação entre Estágio e TCC também expressam a unidade dialética entre teoria e prática.

Portanto, tendo em vista todos os elementos apresentados, fica claro que a implementação das Diretrizes Curriculares instituiu uma nova lógica para a formação profissional, que conduziu ao estabelecimento de uma relação intrínseca e dialética entre formação e profissão, a fim de formar profissionais capazes de realizar uma leitura crítica da realidade e do desenvolvimento da profissão, elementos estes, essenciais para desvelar possibilidades e estratégias para uma intervenção competente e eficaz.

Além disso, as Diretrizes Curriculares são expressão do amadurecimento da categoria profissional que, frente às novas demandas e requisições postas pelo aprofundamento da dinâmica capitalista no Brasil, a partir da década de 1990, precisou refletir sobre si mesma para avançar nas estratégias de enfrentamento das refrações da questão social de forma qualificada e na consolidação do Projeto Ético-Político.

Em contrapartida, apesar dos avanços alcançados pelo Serviço Social ao longo de sua trajetória sócio histórica, muitos são os desafios que precisam ser enfrentados, principalmente no campo da formação, tendo em vista que a reformulação do projeto de formação profissional ocorreu em uma conjuntura de reformas neoliberais no país, que por sua vez, vem afetando os rumos da educação superior brasileira, e, por conseguinte a universidade, acarretando impactos consideráveis na efetivação dos currículos em geral, e em especial, do Serviço Social (BOSCHETTI, 2004; CARDOSO, 2000).

Assim, mais do que nunca está posta para o Serviço Social a tarefa imprescindível de defender o projeto de formação profissional construído e explicitado nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996, sendo necessário também incorporar e reafirmar o Projeto Ético-Político, uma vez que a formação profissional constitui um de seus principais componentes.

Para avançar na compreensão dos dilemas vivenciados pelo Serviço Social no processo de efetivação das novas diretrizes curriculares para a formação profissional, a seguir proponho uma análise das mudanças societárias que se desenrolaram no Brasil, desde os anos de 1990, com ênfase para reforma do Estado e suas implicações na política de educação superior.

1.2 - Crise do Estado e a contrarreforma da Política de Educação brasileira: dilemas e desafios da formação profissional contemporânea

Para apreendermos o significado e o caráter das reformas universitárias, implementadas a partir da década de 1990, com destaque para os governos de Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, é primordial considerarmos as determinações socioeconômicas do capitalismo na contemporaneidade, as quais vêm alterando a concepção de universidade, bem como de suas funções, requisitando sua reconfiguração a fim de responder às exigências da reestruturação produtiva do capital, acarretando profundas implicações para a política de educação superior. Todavia, as mudanças em curso integram um movimento maior de reformas estruturais, adotadas como estratégia para a superação da crise do capitalismo instaurada nos anos 1970.

Desde o final da década de 1970, o mundo capitalista é marcado por uma profunda crise estrutural que tem colocado em xeque seu ciclo de reprodução, ou seja, sua capacidade de responder ao processo de valorização e acumulação do capital. A partir de então, evidencia-se a tendência de baixo crescimento da economia mundial, ou nos termos de Mandel (1985), de uma *onda longa recessiva* generalizada que perdura até os dias atuais.

Contudo, cabe assinalar que o modo de produção capitalista é constituído por um movimento cíclico e contraditório que perpassa todo o processo de produção de mercadorias e de mais-valia, revelando que as crises não são apenas inerentes a dinâmica capitalista, mas essenciais para estabilizar o seu funcionamento, na medida em que possibilita, a cada fase subsequente, a instauração de um novo ciclo de crescimento da produção de valor (SOUZA, 2011).

Coadunando com essa perspectiva, Netto e Braz (2006) afirmam que as crises são constitutivas do capitalismo e expressam a dinâmica contraditória desse modo de produção, sendo a produção socializada e a apropriação privada da riqueza sua contradição fundamental. Nesse sentido, para os autores “as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação, sempre em níveis mais complexos e instáveis, assegurando assim, a sua continuidade” (Ibid., p. 162). Disto decorre que as crises afetam diretamente as relações sociais e implicam o redirecionamento da intervenção do Estado para manter a acumulação capitalista.

Nessa direção, os autores salientam que o capital para reverter o quadro de crise, que se propagou pelo mundo desde 1970, organizou e efetivou um conjunto articulado de

respostas que configuraram sua restauração e que se traduziram nos processos de reestruturação produtiva⁶, mundialização do capital e ideologia neoliberal, ocasionando profundas transformações no cenário mundial nos âmbitos econômico, político, social e cultural, gerando impactos sobre Estados e nações.

Como parte desse conjunto de estratégias, foram criadas novas formas de subordinação dos países periféricos aos países centrais. Estes, por sua vez, têm-se utilizado de agências supranacionais, a exemplo do Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e organismos vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU) como meios de difusão de valores e concepções que configuram uma nova sociabilidade burguesa que se apresenta sob a acepção de “globalização econômica” ou de uma nova sociedade, denominada “sociedade da informação” (LIMA, 2005). Essas instituições tem imposto aos países periféricos, e dentre eles o Brasil, um conjunto de reformas econômicas e políticas, intitulado de ajustes estruturais caracterizados por políticas “liberalizantes, privatizantes e de mercado” que demandam a reforma do Estado, como medidas para responder à crise estrutural do capital (SOARES, 2000).

Para os defensores do neoliberalismo a excessiva intervenção estatal na economia e o crescente gasto público com políticas sociais foram os causadores de uma ilusória crise fiscal no Estado. A reversão desse quadro crítico se daria por meio da aplicação de um conjunto de medidas corretivas recomendadas pelos organismos internacionais e pelo Consenso de Washington⁷, quais sejam: a redefinição do papel do Estado, a redução dos gastos públicos, a desestatização e a privatização em larga escala, a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, associada à liberalização financeira e comercial (LIMA, 2005). Todavia, a verdadeira pretensão de reformar o Estado consistiu em possibilitar o restabelecimento das taxas de lucro para o capital.

⁶De acordo com Harvey (2002) o processo de reestruturação produtiva ou “produção flexível”, integra um novo modelo de acumulação que visa resolver a crise capitalista e a defasagem do modelo taylorista-keynesiano. Para tanto propõe intensas transformações nos processos de produção e trabalho, na forma de organização dos mercados e setores de produção, bem como em sua distribuição espacial, pautando-se na flexibilidade e em uma nova concepção de Estado regido pelo neoliberalismo e fortalecido pelo pensamento conservador.

⁷O Consenso de Washington é qualificado como um conjunto de medidas de ajuste macroeconômico, formulado por economistas de instituições financeiras como FMI e o Banco Mundial, elaborado em 1989. Estas medidas deveriam ser adotadas pelos países para promover o desenvolvimento econômico e social, e de modo geral estão centradas na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e redução do tamanho e papel do Estado (SOARES, 2000). Parte dessas medidas passou a ser introduzidas no Brasil na década de 1990. Durante o governo Collor, o Brasil promoveu o processo de abertura da economia brasileira para competição internacional. Em seguida, ainda no governo Itamar, iniciou o processo de privatização. Entretanto foi no governo FHC que o processo de privatização foi aprofundado, a exemplo das privatizações ocorridas no setor de telecomunicações, nos bancos, na Companhia Vale do Rio Doce e da quebra do monopólio do petróleo (PAULA, 2007).

No Brasil, o Estado aderiu e realizou o projeto econômico e político-social das burguesias locais que decidiram por uma inserção subordinada ao capital internacional como mecanismo de manutenção de sua dominação interna. Para tanto, criaram as condições políticas e econômicas objetivas para a realização de seus interesses. Assim, desde os anos 1990, várias mudanças aconteceram no país com a adesão do governo de Fernando Collor de Melo ao ideário neoliberal como norteador da política brasileira. No entanto, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que essa política foi acentuada por meio de uma série de reformas no Estado, tendo como eixo central a privatização.

A reforma do Estado, denominada “reforma gerencial”, e a implementação da “administração pública gerencial” foram protagonizadas por Bresser Pereira, à frente do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). Para o ministro, a causa da crise dos anos 1980 era resultante de um mau gerenciamento do Estado, qualificado como ineficiente, burocrático, sendo imprescindível reformá-lo em suas funções, o que implicou restringi-lo a mero financiador e gerenciador de políticas sociais e não mais executor destas. Partia-se do entendimento que

[...] o Estado deveria deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social por meio da produção de bens e serviços, devendo fortalecer seu propósito de promotor e regulador desse desenvolvimento (MANCIBO, 2004, p. 848)

Para tanto, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, os serviços sociais passaram a integrar o conjunto de atividades não exclusivas do Estado, acarretando a transferência desses serviços para o setor privado por meio da privatização e para o setor público não-estatal, onde a atuação do Estado ocorre apenas por subsídios. A redução do Estado na oferta de serviços públicos potencializou a abertura de novos espaços para valorização do capital, acarretou a transferência de responsabilidades estatais para entes privados e para a sociedade civil e provocou a perda da perspectiva de universalização dos direitos sociais que foi substituída pela da focalização e o princípio da igualdade pelo da equidade.

De acordo com Mota (2005) para que essas mudanças pudessem ser operadas na sociedade brasileira sem que houvesse contestações, foi necessária a difusão de uma ideologia denominada pela autora como “cultura da crise”, cujo objetivo era obter o consentimento da classe trabalhadora para aderir novos valores políticos, sociais e éticos favoráveis à execução

de medidas de cunho neoliberal para solucionar a crise do Estado. Desde então, tem sido processada no país, profundas transformações estruturais que tem afetado principalmente o mundo do trabalho e o sistema de seguridade social, implicando a perda de direitos trabalhistas e sociais e, a conseqüente agudização das expressões da questão social.

Com a execução da política neoliberal no Brasil, as políticas sociais, com destaque para saúde, previdência e educação têm sido alvo de ações focalistas e seletivas por parte do Estado, e simultaneamente, relegadas a exploração mercadológica. Tais políticas foram transformadas em serviços sendo regida pela lógica mercantil, cuja finalidade é a obtenção de lucro. A partir dessa perceptiva, pode-se aferir que o Estado brasileiro tem desencadeado um verdadeiro processo de “contrarreformas”, visto que a ação estatal tem sido destinada à eliminação ou restrição de direitos e garantias sociais, conquistados por meio da luta dos movimentos sociais e dos trabalhadores, revelando-se deste modo, um “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 227).

Nesse quadro, Silva (2010) salienta que a permanência de políticas sociais universalistas e, particularmente, o acesso à educação pública tornam-se extremamente limitados. Embora a educação seja assegurada legalmente como um direito social e garantia fundamental, assiste-se a transformação, sobretudo da educação superior, em um serviço, prestado por Instituições de Ensino Superior (IES) tanto de natureza pública quanto privada, razão pela qual o governo se vale para defender o financiamento público para as IES privadas e o financiamento privado para as IES públicas, operando uma clara imbricação entre as esferas pública e privada. Esse processo impulsionou, por um lado, a expansão das instituições privadas e a mercantilização deste nível de educação, e, por outro, aprofundou a precarização do ensino público.

Diante desse contexto de subordinação da política de educação superior às determinações da política econômica e de profunda mercantilização das relações sociais, o autor adverte que se torna cada vez mais difícil, porém de extrema importância, a luta pela manutenção de uma “universidade pública, laica, de qualidade e socialmente referenciada, balizada no ensino, pesquisa e extensão, como pilares fundamentais de sua estrutura”[...] e comprometida com “a produção de um conhecimento crítico, que seja capaz de contribuir com a transformação social” (SILVA, 2010, p.411).

Cabe assinalar que desde o seu surgimento no Brasil, a educação superior esteve condicionada aos ditames do desenvolvimento do capitalismo no país, seja para capacitar a

força de trabalho para responder as demandas no âmbito produtivo, seja para propagar a concepção de mundo burguês mascarada na forma de “política inclusiva” (LIMA, 2013). O desenvolvimento da educação superior brasileira foi conduzido pela burguesia que buscava aprimorar e modernizar este nível de educação para responder as exigências do capital. Para tanto, procurou adequar as universidades de acordo com os modelos europeus, tanto em nível de estrutura, quanto de conhecimentos, estabelecendo uma relação de dependência entre padrão de desenvolvimento e padrão de educação e conformando a emergência de uma universidade empobrecida e arcaica, segundo avaliação de Florestan Fernandes (apud LIMA, 2013, p.15).

Durante o período da ditadura militar (1964-1985) houve uma significativa expansão da educação superior pautada no discurso de “democratização do acesso”, porém essa expansão ocorreu de forma combinada com o aumento do setor privado na área educacional, induzida pelos acordos do governo brasileiro com os organismos internacionais do capital. Assim, desde a reforma universitária empreendida em 1968, tem havido um progressivo empresariamento da educação que ocasionou o alargamento do setor privado em detrimento do público, bem como a conformação do ensino superior a um conjunto de medidas condicionadas aos interesses do capital em transmutar a educação superior em mercadoria (SILVA, 2010).

Dentre os organismos internacionais que exercem influência na conformação das políticas sociais brasileira, destaca-se o Banco Mundial (BM), e particularmente as orientações desse organismo para as políticas educacionais. No decorrer da década de 1990 e início dos anos 2000, o BM, assentando-se no ideário neoliberal, elaborou uma série de documentos contendo diretrizes para a reformulação da política de educação nos países periféricos, as quais direcionaram a ação do Estado para melhorias na educação básica, pois na visão deste organismo a educação era um meio estratégico de combate a pobreza, na medida em que ela proporciona o acesso ao trabalho. No que se refere ao ensino superior, tais recomendações sinalizaram para a diminuição de investimentos públicos para o setor, contribuindo para intensificar a privatização desse nível de educação.

Na perspectiva do BM, os problemas vivenciados pelos países periféricos no campo da educação, não são decorrentes da falta de recursos destinados para essa área, mas sim da sua má distribuição. Afirma ainda que os países têm um gasto elevado com a educação superior, o que contribuiu para sua expansão nos últimos anos, porém estes gastos oneram o Estado, que

por sua vez não consegue dar sustentabilidade ao setor, afetando a qualidade da educação ofertada. Nesse sentido, o BM alega que é por depender exclusivamente de recursos públicos que o ensino superior encontra-se em crise, e dessa forma, defende a privatização como o meio para solucionar esse quadro crítico e impulsionar a ampliação deste nível de ensino, tendo em vista a importância desse setor para o desenvolvimento econômico e social dos países.

É, portanto, com base nesses argumentos que o BM coloca a necessidade de reformar o ensino superior com o intuito de elevar seus índices de qualidade, eficiência e efetividade. As orientações do BM para a execução da reforma da educação superior foram apresentadas no documento *La enseñanza superior: las lecciones derivadas de la experiencia* (1995) e apontam para:

1) privatização desse nível de ensino; [...] 2) estímulo à implementação de novas formas de regulação e gestão das instituições estatais, que permitam alterações e arranjos jurídico-institucionais, visando a busca de novas fontes de recursos junto a iniciativa privada sob o argumento da necessária diversificação das fontes de recursos; 3) aplicação de recursos públicos nas instituições privadas; 4) eliminação de gastos com políticas compensatórias (moradia, alimentação); 5) diversificação do ensino superior, por meio do incremento à expansão do número de instituições não-universitárias; entre outras (DOURADO, 2002, p.240).

A análise dessas orientações pressupõe que são os preceitos neoliberais que “nor-teiam as principais diretrizes do Banco para a reforma dos sistemas de educação superior nos países: priorizam-se os sinais do mercado e o saber como bem privado.” (SGUISSARDI, 2009, p. 63). Seguindo este raciocínio, o BM defende que a privatização impulsiona a competitividade e gera melhoria da qualidade e ampliação da oferta de ensino, assim:

a introdução de uma maior diferenciação no ensino superior, ou seja, a criação de instituições não universitárias e o aumento de instituições privadas, podem contribuir para satisfazer a demanda cada vez maior de educação superior e fazer com que os sistemas de ensino melhor se adequem às necessidades do mercado de trabalho. (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 31).

Depreende-se dessa assertiva que para os organismos internacionais a ampliação do acesso ao ensino superior dos países periféricos, dentre os quais o Brasil, deve ocorrer preferencialmente através da expansão do setor privado, contribuindo para o aprofundamento do processo de mercantilização da educação superior. Ressalta-se que a diferenciação e

flexibilização do modelo de educação superior avançaram à medida que foi sendo criado um consenso a respeito da ineficiência e ineficácia dos serviços públicos, particularmente no âmbito da universidade pública, consolidando o discurso de diferenciação das fontes de financiamento e da necessária expansão do ensino superior privado, através da liberalização dos serviços educacionais. Nesse sentido, a intensificação da privatização da educação superior ocorreu a partir de dois movimentos paralelos e simultâneos: a ampliação do setor privado e a privatização interna das IES públicas (MANCEBO et al., 2006).

Tais ações ganharam respaldo legal com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394/96) que permitiu ao Estado instituir uma política de diversificação das fontes de financiamento e diferenciação institucional, com a finalidade de reorganizar o sistema de educação superior com base na articulação entre “os princípios de flexibilidade, competitividade e avaliação” assinalados por Oliveira (apud Severino, 2004, p.84). Para Severino (2004) a LDB não só formaliza as modificações jurídico-legais na área da educação, como também expressa e legitima as opções políticas e ideológicas do Estado brasileiro. Ela torna explícita a opção do Estado pela privatização, ao viabilizar a abertura de instituições com fins lucrativos e busca consolidar o discurso de que para haver uma formação qualificada não é necessário produzir conhecimentos e nem realizar pesquisas científicas. Assim, fica claro que “essas duas opções se conformam plenamente à agenda neoliberal para a cultura, ciência e educação” (Ibid, 2004, p.80).

Consubstanciando as orientações emanadas dos organismos internacionais, o Estado brasileiro tem conduzido a “democratização do acesso” ao ensino superior operando uma diversificação das IES (universidades, centros universitários, faculdades, faculdades integradas, institutos superiores ou escolas superiores), principalmente privadas não universitárias, em que por determinação legal, não são obrigadas a executarem atividades de pesquisa e extensão, sendo esta característica (indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão) exclusiva das universidades. Ao mesmo tempo, o acesso à educação superior está direcionado a uma formação tecnicista, privilegiando os cursos de curta duração, sequenciais e à distância, evidenciando “o processo de aligeiramento da formação profissional e de certificação em larga escala” (LIMA, 2013, p.17).

De forma articulada, observa-se, principalmente durante o governo FHC, a crescente privatização interna das universidades públicas por meio da venda de “serviços educacionais” e do destaque dado ao ensino de graduação. Esse processo se consubstanciará mediante a

oferta de cursos pagos, sobretudo de pós-graduação *lato sensu*; formação de parcerias com fundações de direito privado para realização de cursos, consultorias e assessorias, mestrados profissionalizantes; cobranças de taxas e mensalidades; corte de vagas para contratação dos trabalhadores em educação; corte de verbas para a infraestrutura das instituições e redução de gastos com atividades que não são consideradas ligadas à educação (transporte, alimentação e alojamento), todas essas ações contribuíram para acentuar a privatização das IES (LIMA, 2005).

Segundo Pereira (2008) as propostas e ações formuladas no governo FHC e dentre elas, a política de educação, foram sustentadas por elementos ideológicos que justificavam sua atuação naquele período, das quais se destacam a “ideologia da globalização”, disseminada pelos organismos internacionais para sustentar o discurso da integração dos países periféricos à dinâmica do capitalismo mundial, e a teoria da “terceira via⁸”, que tem por fundamento a manutenção da ordem capitalista e a concepção de sociedade civil como o lugar do bem comum, da ajuda mútua, ocultando sua dimensão de classes e de conflitos.

A “terceira via” se apresenta como um projeto diferente do neoliberal, porém compartilha de seus princípios ao defender o mercado livre e a concepção de sociedade civil como “parceira” do Estado. A este, é atribuído o dever de promover a criação de uma nova cultura cívica, baseada no trabalho voluntário e no empreendedorismo social como meios para combater os problemas sociais. Deste modo, a “terceira via” está assentada em um discurso pacificador que encobre a verdadeira finalidade das propostas de “terceiro setor” e “comunidade solidária” tornando aceitável a transferência de responsabilidade estatal para a sociedade civil, e com isso corroborando com o legado assistencialista da sociedade brasileira (CHAUI, 1999).

Nessa direção, Silva (2010) ressalta que o discurso hegemônico tornou a educação a sua principal estratégia de dominação, tanto para criar consenso em torno da ideia de que os serviços de melhor qualidade são aqueles acessados pelo mercado, quanto para aprofundar a integração periférica do país à lógica do capitalismo mundial, de forma subalterna e dependente. Nesse sentido, o que se pretende, de fato, com essa nova configuração da

⁸ Segundo Lima (2005) a Terceira Via se apresenta como um projeto político que não se alinha ao socialismo e nem ao neoliberalismo, se colocando como uma alternativa a estes projetos de sociabilidade, porém sem questionar o modo de produção capitalista, ao defender a possibilidade de um capitalismo humanizado ou reformado. Nessa teoria a sociedade civil ganha centralidade e é concebida “como um espaço de ajuda mútua, de solidariedade, de fundamento da cidadania e de diluição das fronteiras entre público e privado” (Ibid, 2005, p.114), defendendo a existência de uma sociedade sem antagonismos, como se fosse possível a reconciliação de interesses entre capital e trabalho.

universidade brasileira é dar continuidade ao processo de financeirização do capital, e uma das formas desta se efetivar, é através da privatização de setores e de serviços estratégicos dos países periféricos.

Chauí (2001), ao analisar o papel da universidade no contexto de Reforma do Estado, salienta que as IES públicas foram convertidas em organizações sociais, ou seja, instituições públicas não estatais que prestam serviços ao Estado, regidos por contratos de gestão. Ao estabelecer esse tipo de relação com as universidades, o Estado se desobrigou de prover a educação, uma vez que esta passou a ser concebida como um serviço público, suscetível à terceirização e privatização, negando-a enquanto um direito social.

Esse processo implicou ainda na redução da autonomia universitária, de modo que as IES não tiveram mais liberdade para criar e estabelecer suas próprias leis e nem mesmo para delimitar o tipo de relação que firmariam com a sociedade e com o Estado. A autotomia, portanto, perdeu seu caráter político ao ser transformada de maneira simplificada em gerenciamento empresarial, notadamente de cunho financeiro, traduzida na liberação da universidade para “captar recursos” de outras fontes via parcerias com as empresas privadas, sem impedimentos legais. Isso favoreceu a retirada do Estado da posição de financiador e mantenedor das universidades públicas, passando a operar apenas na complementação desses recursos, cujo acesso é condicionado ao cumprimento dos critérios de eficiência e produtividade acadêmica previstos no contrato de gestão.

A autora expõe que conseqüentemente a flexibilização tornou-se a orientadora das mudanças no interior das universidades, dentre as quais se destacam: a submissão das IES à adesão de contratos temporários e precários, contribuindo para a eliminação do regime único de trabalho, do concurso público e da dedicação exclusiva; a reformulação dos currículos de graduação e pós-graduação para atender às requisições dos mercados locais e a dissociação entre docência e pesquisa, permanecendo a primeira nas universidades e a segunda sendo transferida para os centros autônomos de pesquisa. Nesse contexto, a “qualidade” está atrelada à produtividade, mensurada a partir dos critérios de quantidade, tempo e custo, os quais direcionam os contratos de gestão.

Chauí (2001) relembra que a universidade brasileira, desde seus primórdios, assumiu status variados que foram se alterando de forma condicionada e combinada às mudanças do capital, com vistas a ajustá-la ao mercado, demandando a operacionalização de diversas reformas do ensino. Inicialmente tornou-se *universidade funcional* (voltada para o mercado de

trabalho), em seguida, *universidade de resultados* (voltada para as empresas), e atualmente *universidade operacional* (voltada para si), transmutada em organização social, regida por uma lógica mercantil e empresarial que tende a acentuar a sua privatização. Este status tem acarretado a perda de identidade da universidade, enquanto lugar privilegiado de produção de conhecimento e formação intelectual voltada para as necessidades da sociedade, visto que a instituição passou a ser apreendida como um meio de obtenção de lucros, sendo direcionada para a produção de conhecimentos, inovações tecnológicas e pesquisas que favoreçam o setor produtivo, submetida aos interesses empresariais.

Corroborando esta assertiva, Pereira (2008) salienta que a tendência contemporânea é a existência de uma formação “qualificada”, entretanto a qualificação é concebida nesse contexto, como àquela compatível à ideologia neoliberal, que formata o indivíduo em força de trabalho para o capital e o faz reproduzir a cultura e a sociabilidade capitalista. Por isso o direcionamento para uma formação massificada de intelectuais colaboracionistas e acríticos à sociedade.

Diante do exposto, verifica-se que a reformulação da educação superior brasileira, conduzida pelo governo FHC, esteve fundada na concepção de universidade caracterizada por Sguissardi (2003, p. 2) como “neoprofissional, heterônoma e competitiva”. Segundo esta perspectiva, a universidade é apreendida tanto como instituição de ensino, quanto locus de reprodução do padrão mercantil de produção de conhecimento. Este tipo de universidade está pautado na heteronomia, em que Estado e setores privados, direcionam e definem, cada vez mais, as agendas universitárias guiadas pela competitividade e pela disputa do financiamento público. Assim, durante o governo FHC, o país experimentou “mais uma etapa da reforma universitária consentida e conduzida pelo capital” expandindo a educação superior sob o direcionamento do projeto neoliberal (LIMA, 2013, p.20).

Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, para a presidência do Brasil, havia a expectativa de mudanças no cenário político e econômico da sociedade brasileira e de maior comprometimento do governo com os interesses da classe trabalhadora. No entanto, as mudanças esperadas pelos brasileiros não aconteceram, pelo contrário, Lula assumiu um perfil de continuidade às ações dos governos anteriores e afirmou que manteria alianças com a burguesia e com os empresários, dando seguimento a política neoliberal.

Particularmente, no campo da educação, o processo de expansão do ensino superior via setor privado, teve continuidade e foi consolidado, uma vez que Lula manteve a condução

da reforma da educação superior brasileira pautada nas orientações preconizadas pelos organismos internacionais e pela política neoliberal de FHC, iniciando uma nova fase de contrarreforma do Estado brasileiro.

Segundo Lima (2005) a crise da educação superior, defendida pelo projeto hegemônico e apoiada pelo governo federal foi compreendida como a crise do setor privado, devido à crescente inadimplência do alunado e da falta de medidas que regulassem e normatizassem o financiamento público para o setor privado e deste para o público. Nesse contexto, o Estado assumiu uma função reguladora, promovendo um conjunto de medidas jurídicas que favoreceu e estimulou a diversificação das instituições de ensino superior e de suas fontes de financiamento.

Para a autora, durante o governo Lula (2003-2010), a privatização da educação superior foi aprofundada por meio da regulamentação das fundações de direito privado no âmbito das instituições públicas de ensino e do crescente incentivo ao empresariamento da educação, via isenção fiscal para os empresários deste ramo. Depreende-se desse quadro, que a reformulação da educação superior foi a estratégia utilizada pelo governo para “aliviar a pobreza” e promover o acesso dos “mais pobres” a este nível de ensino, no entanto, sem deixar claro que este acesso se realizaria através do setor privado e da educação à distância.

Assim, as ações desempenhadas por este governo no campo da educação superior, apresentam peculiaridades que corroboram e aprofundam a mercantilização do ensino superior sob o disfarce da “democratização do acesso”, e por isso precisam ser problematizadas.

De acordo com Otranto (2006) a reforma da educação superior do governo Lula da Silva, teve início em 2003, com a instituição do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), o qual foi incumbido de analisar a situação da educação superior brasileira e apresentar um plano de ação a fim de reestruturar, desenvolver e democratizar as IFES. Ao final deste processo avaliativo, o GTI apresentou um relatório intitulado “Bases para o enfrentamento da crise emergencial das universidades federais e roteiro para a reforma universitária brasileira”, constatando a situação de crise da educação superior, vivenciada principalmente, pelas universidades federais, e alertou que, naquele momento, a crise também começava atingir as instituições privadas, visto que após um período de expansão intensa, estas instituições estavam ameaçadas pela inadimplência do alunado e pela falta de reconhecimento dos seus diplomas.

A solução proposta pelo GTI para reverter a crise instalada na educação superior, foi então, criar um programa emergencial de apoio ao ensino superior, especialmente às universidades federais, e executar uma reforma universitária mais profunda, o que implicaria “reposição do quadro docente, ampliação de vagas para estudantes, educação à distância, autonomia universitária e financiamento” (Ibid, 2006, p.1). Para a autora, o referido relatório constituiu, no âmbito jurídico, o ponto de partida para a criação posterior de outros instrumentos legais que direcionaram a reformulação da educação superior brasileira empreendida no decorrer do governo Lula.

Desde então, o governo executou um conjunto de ações e instrumentos legais, que à medida que foram sendo implantados, reconfiguraram a reforma universitária de acordo com seus interesses. Dentre estas ações podem-se destacar os seguintes programas:

- *Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies)*⁹ é um programa de crédito educativo, gerido pela Caixa Econômica Federal (CEF), que possibilita aos cidadãos, interessados em ingressar no ensino superior e independente de sua condição financeira, custear um curso de graduação com o auxílio de bolsas de no máximo 70% do valor da mensalidade. O empréstimo é firmado com a instituição de um contrato em que o estudante precisa apresentar um fiador. Este contrato também dispõe que a renovação da bolsa está sujeita ao bom desempenho escolar do aluno. Ao término da graduação e dentro de um prazo específico, o aluno deve restituir o valor recebido com juros à CEF. A manutenção desse programa ocorre via transferência direta de recursos públicos para as instituições privadas, amenizando os prejuízos com a inadimplência e contribuindo com o empresariamento da educação superior (MACEBO, SILVA JR., 2004; TAFFAREL, 2004).

⁹“... Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), de natureza contábil, destinado à concessão de financiamento a estudantes regularmente matriculados em cursos superiores não gratuitos e com avaliação positiva nos processos conduzidos pelo Ministério da Educação...” BRASIL. Lei nº 12.513, de 26 de Outubro de 2011, art.12º. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº-8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12513.htm#art12. Acesso em: 30 de Abril de 2015.

- *Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES)*¹⁰ cujo objetivo é regulamentar a avaliação das instituições, dos cursos de graduação e do desempenho dos estudantes. Esta avaliação é conduzida pelo Ministério da Educação (MEC) juntamente com o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). O SINAES substituiu o “Provão” pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) sendo aplicado, duas vezes, no decorrer da graduação (primeiro e último ano; os alunos que participam da avaliação são escolhidos por amostragem). Findo o processo avaliativo, o MEC disponibiliza publicamente o resultado da avaliação dos cursos das IES baseado em sua qualidade. No caso destas apresentarem qualidade insatisfatória, são submetidas a medidas punitivas. Esse programa avaliativo possui um cariz regulador que prima pela meritocracia dando ênfase à lógica da eficiência e produtividade, como acontece na dinâmica do mercado, onde os mais competitivos e lucrativos sobrevivem (MANCEBO, SILVA JR., 2004; MAUÉS, 2004).
- *Lei de Inovação Tecnológica*¹¹ visa ajustar as pesquisas das universidades aos interesses econômicos, de modo que as empresas brasileiras possam se beneficiar das pesquisas científicas para se tornarem mais competitivas no mercado internacional podendo competir com as tecnologias de outros países. Essa nova lógica tem induzindo os docentes a se transformarem em “empreendedores”, condicionando-os a intensificação e precarização do trabalho, a competitividade por recursos, ao produtivismo, a perda da autonomia e à “subsunção do trabalho intelectual à lógica do capital” (BOSI apud LIMA, 2013, p.26). Ademais, devido à possibilidade de receber dupla remuneração, ou seja, pagamento de incentivos adicionais ao docente que participa de projetos de inovação em parcerias com as empresas, este é impulsionado

¹⁰“Fica instituído o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES, com o objetivo de assegurar processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico de seus estudantes”. BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 de Abril de 2004, art. 1º. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015. No. Através do SINAES as instituições de educação superior serão credenciadas e reconhecidas, obterão autorização e reconhecimento para o oferecimento dos seus cursos de graduação, além da renovação periódica da oferta desses cursos (art. nº 32) (OTRANTO, 2006).

¹¹BRASIL. Lei nº 10.973, de 2 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015. Segundo a referida lei, o montante principal das verbas de pesquisa será repassado às universidades, atribuindo a estas o lugar da inovação (OTRANTO, 2006).

ao desvio de funções, relegando, ao segundo plano, as atividades para as quais o Estado o remunera. Fica evidente que as universidades públicas são atravessadas pela lógica produtivista, que por sua vez privilegia a quantidade e não a qualidade do que é produzido pelos docentes (LEDA; MANCEBO, 2009).

- *Parcerias Público-Privadas (PPP)* foram instituídas pela lei n.º 11.079/04, sob o argumento de que o governo enfrentava escassez de recursos para investimentos, para o cumprimento do pagamento da dívida pública e para a retomada do crescimento econômico, sendo indispensável o auxílio de investimentos privados via parcerias público-privadas para reverter esse quadro. Para tanto, os serviços públicos, com destaque para saúde e educação e demais campos de responsabilidade do Estado (produção e comercialização de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, conservação de patrimônio histórico e cultural, dentre outros) foram transferidos à iniciativa privada, seja no âmbito da execução ou da gestão, tornando-se alvo de contratações de parcerias. Assim, observa-se a desresponsabilização do Estado em relação à prestação de serviços e o incentivo a mercantilização destes. Acrescenta-se que esta lei, reforça a atuação do Estado em ofertar programas assistenciais focalizados voltados para os mais pobres e contraria o princípio constitucional da universalização dos serviços públicos, como a educação (JURUÁ, 2004; MANCEBO, 2007).
- *Programa Universidade para Todos (Prouni)*¹² tem por finalidade conceder bolsas de estudos integrais ou parciais em instituições privadas para estudantes de baixa renda. O programa foi criado para responder a necessidade de expansão de vagas no ensino superior, sendo parte das bolsas reservadas para ações afirmativas (cotas para alunos que auto declaram negros ou indígenas, portadores de deficiência e para formação de professores do ensino básico da rede pública); bem como para preencher o constante e crescente número de vagas ociosas dos estabelecimentos de ensino superior privados. Tal programa tem contribuído para acentuar o quadro de privatização do sistema de

¹²“Fica instituído, sob a gestão do Ministério da Educação, o Programa Universidade para Todos - PROUNI, destinado à concessão de bolsas de estudo integrais e bolsas de estudo parciais de 50% (cinquenta por cento) ou de 25% (vinte e cinco por cento) para estudantes de cursos de graduação e seqüenciais de formação específica, em instituições privadas de ensino superior, com ou sem fins lucrativos. BRASIL. Lei nº 11.096, de 13 de Janeiro de 2005, art. 1º. Institui o Programa Universidade para Todos - PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei no 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11096.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015.

educação superior, ao favorecer o acesso do estudante à graduação, por meio da compra de vagas ociosas do setor privado de ensino pelo setor público, além de privilegiar as instituições privadas que aderem ao programa com a isenção de impostos. Com essas ações, o governo proporciona aos empresários da educação aumentar os lucros, e simultaneamente, intensifica a transferência do fundo público para o capital privado, sendo um exemplo claro de financiamento de instituições privadas com verbas públicas (ANDES, 2005; CISLAGHI, 2010; MANCEBO, 2007).

- *Educação à Distância (EAD)*, tem sido umas das principais estratégias utilizadas pelo governo federal para ampliar o acesso de jovens ao ensino superior, sem elevar gastos estatais, aumentando significativamente a certificação. Por outro lado, esse processo ocorre proporcionando ao aluno uma formação de qualidade duvidosa e reconfigurando o perfil profissional, visto que o estudante ao optar por esta modalidade de ensino não vivencia a relação pedagógica professor/aluno, momentos de debates e reflexões e não tem a possibilidade de participar da vida acadêmica através de projetos de pesquisa e extensão e em movimentos sociais. A regulamentação da oferta de cursos de graduação e pós-graduação nesta modalidade de ensino contribuiu para a expansão tanto do setor público quanto privado, sem, contudo, contar com a ampliação de vagas e abertura de novos cursos de graduação nas IES públicas. A EAD no Brasil tem sido um mercado lucrativo e alvo de exploração de países estrangeiros, que dispõe de apoio do governo brasileiro para consolidar a abertura do mercado educacional ao capital estrangeiro. (GUIMARÃES et.al, 2013; OTRANTO, 2006; PEREIRA, 2012).
- *Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni)*¹³ este programa foi criado com o objetivo de reorganizar a estrutura das IES Federais, com vistas a solucionar os problemas estruturais vivenciados por estas, bem como para promover a ampliação das vagas em instituições públicas. Para

¹³“Fica instituído o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI, com o objetivo de criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais. BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de Abril de 2007, art. 1º. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015. No entanto, o governo, por meio desse programa, vem promovendo a expansão de vagas sem a infraestrutura necessária (salas superlotadas, falta de espaço físico adequado, aumento da carga horária docente e da exploração da sua força do trabalho, preocupação restrita ao atendimento de metas de produtividade) (GUERRA, 2010).

tanto, o programa estabeleceu as seguintes metas: “aumentar as vagas na graduação nas universidades federais; diversificar as modalidades dos cursos de graduação com a flexibilização dos currículos, da educação a distância, da criação de cursos de curta duração e dos bacharelados interdisciplinares; instituir um novo sistema de títulos; criar novos cursos e turnos de funcionamento; elevar a taxa de conclusão dos cursos presenciais para 90%; aumentar a relação de aluno/professor para a média de 1 professor para 18 alunos e estimular a mobilidades estudantil entre as IES. Sendo estabelecido o prazo de cinco anos para o cumprimento de todas elas. Com tais metas busca-se a racionalização dos gastos públicos e melhor aproveitamento das estruturas físicas e de recursos humanos existentes nas universidades federais. Além do mais, o programa possui exigências e contrapartidas, dado que o envio de verbas para as instituições fica condicionado à adesão destas ao Reuni e à elaboração de um plano de diretrizes e metas que deve ser submetido à aprovação do MEC e ao seu cumprimento para liberação dos recursos (caracterizando-se como um contrato de gestão), sendo o acréscimo destes limitado a 20% das despesas de custeio e pessoal, desde que esteja em conformidade com a capacidade orçamentária e operacional do Ministério. O que significa que os recursos destinados às universidades federais permanecem condicionados à política econômica do país, a qual prima pelo pagamento da dívida pública, tornado ínfimos os investimentos em políticas sociais. No caso específico das instituições de ensino, a falta de recursos afeta diretamente a autonomia das universidades e acarreta seu sucateamento. Ademais, o Reuni implicou na precarização da formação profissional ao determinar que essa deva ser promovida de modo rápido via ciclos básicos, impulsionando, dessa forma, o desmonte do modelo de universidade pautada no tripé ensino, pesquisa e extensão, restringindo o papel da universidade pública a formação de quadros técnicos em conformidade com as exigências do mercado. Como também precarizou o trabalho docente com a introdução do “Banco de Professor-equivalente”, o qual tem sido utilizado como meio de desqualificação da formação e enfraquecimento do movimento sindical docente (ARAÚJO, 2011; LIMA, 2013; SILVA, 2010).

Esse conjunto de programas aprofundou a política de expansão da educação superior, subordinada à lógica da diversificação e privatização, e concretizou a reforma universitária de

Lula, que pautado no suposto argumento de ampliação do acesso de cidadãos ao ensino superior, conseguiu, de forma estratégica, obter da maioria da sociedade brasileira, em especial dos jovens - que veem na educação uma via para a mobilidade social e de possível inserção no mercado de trabalho – um consenso em torno das ideias e dos princípios governamentais de conduzir as ações estatais para o atendimento das demandas mercantis na área da educação. Esta conduta do governo, na verdade, mascara que o acesso dos jovens à educação superior não ocorre na perspectiva do direito, mas da compra de um serviço, uma vez que estes passam a desfrutá-la sob a forma de mercadoria.

Tais ações demonstram que a “democratização do acesso à educação”, tem se traduzido na precarização e focalização da educação pública, ao limitá-la a uma política social destinada aos segmentos mais pauperizados da população brasileira e, ao mesmo tempo, na subordinação da educação à lógica empresarial através da “certificação, fragmentação e aligeiramento da formação profissional” (LIMA, 2005) promovida pelos programas mencionados anteriormente, revelando que o governo apostou na mercantilização do ensino superior como a principal forma de superação da crise institucional vivenciada pelas universidades públicas.

Outra característica do governo Lula no âmbito da política para a educação superior é a concepção de universidade como agente promotor do desenvolvimento econômico e social. Nessa direção, durante seu governo houve uma expressiva expansão das unidades de ensino federais, mediante a interiorização dos campi de universidades já existentes e da criação de outras, como forma de contribuir para o desenvolvimento local e regional. O governo também passou a vislumbrar a educação superior como uma estratégia de competitividade para o país, ao apreender a universidade como o lócus da produção de conhecimento e de inovação tecnológica. Embasado nessa perspectiva, Lula empreendeu a construção da Universidade Federal da Integração Latino- Americana (UNILA)¹⁴ e da Universidade da Integração Luso- Afro-Brasileira (UNILAB)¹⁵ as quais proporcionam mobilidade estudantil e concedem vagas

¹⁴“A Unila terá como objetivo ministrar ensino superior, desenvolver pesquisa nas diversas áreas de conhecimento e promover a extensão universitária, tendo como missão institucional específica formar recursos humanos aptos a contribuir com a integração latino-americana, com o desenvolvimento regional e com o intercâmbio cultural, científico e educacional da América Latina, especialmente no Mercado Comum do Sul – MERCOSUL”. BRASIL. Lei nº 12.189, de 12 de Janeiro de 2010, art. 2º. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12189.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015.

¹⁵“A Unilab terá como objetivo ministrar ensino superior, desenvolver pesquisas nas diversas áreas de conhecimento e promover a extensão universitária, tendo como missão institucional específica formar recursos humanos para contribuir com a integração entre o Brasil e os demais países membros da Comunidade dos Países

para alunos estrangeiros, e que vem se portando como umas das formas de materialização do processo de internacionalização da educação superior brasileira (FERREIRA, 2015).

O governo de Dilma Rousseff (2011-2016¹⁶), no que se refere à política de educação superior, manteve¹⁷ a mesma linha de atuação de seus antecessores, com incentivo a privatização e ênfase na diversificação das instituições de ensino, além de preservar programas criados pelo governo anterior como PROUNI e FIES, este último, agora, estendido para estudantes da educação profissional e tecnológica, corroborando o empresariamento da educação superior (LIMA, 2015).

Nessa direção, Dilma priorizou a formação caracterizada como “treinamento para o trabalho”, submetida à dinâmica econômica, a exemplo da criação do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC)¹⁸, que além de massificar este tipo de formação, conta com a transferências de recursos públicos para iniciativa privada para subsidiar a manutenção das instituições que ofertam cursos profissionalizantes. Segundo o entendimento da presidenta, esta iniciativa elevará as chances dos trabalhadores obterem melhores empregos e possibilitará que a economia brasileira se torne mais competitiva (MIRANDA, 2015).

Este posicionamento do governo confirma as análises de Sguissardi (2008) que se valendo das contribuições de Rodrigues (2007) assinala que face ao processo de mercantilização da educação superior, esta tem sido tratada de duas maneiras que se

de Língua Portuguesa - CPLP, especialmente os países africanos, bem como promover o desenvolvimento regional e o intercâmbio cultural, científico e educacional”. BRASIL. Lei nº 12.289, de 20 de Julho de 2010, art. 2º. Dispõe sobre a criação da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12289.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015.

¹⁶ O segundo mandato de Dilma Rousseff teve início em 01 de janeiro de 2015 e foi interrompido em 12 de maio de 2016, devido à instauração de processo de impeachment pelo Senado Federal. A presidenta foi afastada do cargo sob a alegação de ter cometido pedaladas fiscais, as quais são caracterizadas como improbidade administrativa. Desde então, o vice-presidente Michel Temer assumiu interinamente o comando do país.

¹⁷ Apesar do mandato de Dilma não ter sido concluído, mas interrompido, até o encerramento do processo de impeachment, vou referenciá-lo no passado, tendo em vista que um novo presidente assumiu o cargo, mesmo que interinamente.

¹⁸ “É instituído o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), a ser executado pela União, com a finalidade de ampliar a oferta de educação profissional e tecnológica, por meio de programas, projetos e ações de assistência técnica e financeira”. BRASIL. Lei nº 12.513, de 26 de Outubro de 2011, art. 1º. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis no 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e no 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112513.htm. Acesso em: 8 de julho de 2015.

complementam: *educação-mercadoria*, nessa acepção a educação é vislumbrada como um produto/bem comercializável, que produz lucro e a *mercadoria-educação* que parte da compreensão de educação como um fator de produção, gerador de mercadorias.

A ação governamental de garantir a transferência de verbas públicas para o setor privado ganhou força legal com a aprovação do Plano Nacional de Educação (2011-2020), pelo Congresso Nacional em junho de 2014, o qual prevê o gasto de 10% do PIB com educação no decorrer de 10 anos, no entanto, esses recursos não são exclusivos do setor públicos, mas partilhados com as parcerias público-privadas. Ainda em relação ao financiamento, Dilma estabeleceu novas fontes de recursos para a educação oriundos do pré-sal, contudo a quantidade de recursos que serão destinados a este fim está condicionada às variações do mercado e a comercialização do petróleo, que em momentos de crise, torna impraticável a retirada destes (MIRANDA, 2015).

A presidenta também manteve o programa Reuni e deu prosseguimento à política de expansão da educação superior, criou novas unidades de ensino (4 universidades federais, 47 campi universitários e de 208 Institutos Federais Tecnológicos) em formatos multicâmpus e multirregionais, localizadas em sua maioria no interior do país (concentradas nas regiões norte e nordeste) reforçando a importância da universidade como indutora do progresso econômico local e regional. De acordo com Ferreira (2015, p. 129):

Os novos papéis sociais requeridos para as universidades vêm produzindo alterações significativas no modo do seu funcionamento e organização institucional e na oferta de novos percursos e processos formativos considerados estratégicos para o desenvolvimento regional, como também vêm exigindo novas formas de gestão pautadas nos indicadores quantitativos de produtividade, na racionalização dos custos e na eficácia e eficiência de suas atividades.

A autora salienta que embora o governo tenha promovido a ampliação das IES públicas e do acesso as IES privadas mediante financiamento público, a lógica mercadológica foi mantida nos processos de regulação dessas instituições. Diante desse quadro, a política para a educação superior efetivada no governo Dilma, reservou à universidade as seguintes funções:

[...] inovação, empreendedorismo, competitividade, formação e atração de capital humano, mobilidade internacional, universidade como agente de desenvolvimento econômico e social, foco em áreas estratégicas/prioritárias

de estudo e de pesquisa, internacionalização da educação superior. (Ibid, 2012, p.468)

A reconfiguração das universidades, sobretudo públicas, direcionada por essa lógica, revela que tem havido mudanças consideráveis no que diz respeito às concepções e aos papéis sociais atribuídos a essas instituições, uma vez que a ciência, a inovação tecnológica e o conhecimento passam a ser compreendidos como padrões e meios de competitividade. Esse formato economicista imputado à universidade, impacta a sua identidade e a formação universitária, visto que causam alterações tanto no âmbito da gestão, para torná-la “empreendedora, flexível e inovadora”, quanto no âmbito da formação, exigindo a preparação de profissionais qualificados para o mercado de trabalho (FERREIRA; OLIVEIRA, 2010).

O que se evidencia, nesse contexto, é a transformação da universidade no lugar da produção “de conhecimentos, tecnologias e inovações a serviço do capital” (Ferreira, 2012, p. 469) e a desconstrução da educação como um direito social. Essa conformação afasta a universidade, cada vez mais, de sua essência, qual seja “o espaço da produção do conhecimento, do debate de ideias, da formação de profissionais críticos com fundamento teórico e competência técnica para ler a realidade brasileira e, inserida nela, ser capaz de transformá-la” (PINTO, 2013, p.39).

Como evidenciado, com o afastamento de Dilma Rousseff, o vice-presidente Michel Temer assume interinamente o governo do país. O presidente em exercício enfrenta o desafio de promover a recuperação da economia brasileira em tempos de recessão profunda. Para isso, defende a necessidade de corte nos gastos públicos, a realização de algumas reformas (sobretudo previdenciária e trabalhista), maior participação do setor privado na economia, maior abertura no comércio exterior e a realização de novos acordos comerciais, sinalizando a adoção de uma política econômica composta por medidas voltadas para o mercado (SAIORON; VIEIRA, 2016).

Seguindo essa lógica, na área da Educação, o atual ministro Mendonça Filho, que ao longo de sua carreira política vem se portando contrário às políticas de acesso à democratização do ensino superior público e gratuito, é partidário de uma maior participação da iniciativa privada na educação superior, razão pela qual é favorável a cobrança de mensalidades em cursos de extensão e pós-graduação ofertados pelas universidades

públicas¹⁹, o fim da política de cotas para estudantes dos cursos superiores públicos e a adoção de um modelo meritocrático (desempenho e resultados) para o fornecimento de bolsas aos estudantes de baixa renda (MARIZ, 2016).

A atuação do referido ministro aponta para o favorecimento da privatização da educação superior, assim como para o enfraquecimento de políticas inclusivas que foram criadas e fortalecidas durante os governos petistas, como o FIES, o ProUni e a expansão das universidades federais. Esses programas apesar de possuírem um caráter contraditório, pois mascaram a mercantilização da educação superior, em certa medida garantiram o acesso da população ao ensino superior. As propostas de Mendonça Filho, portanto, tendem a reduzir a educação pública a uma política focalizada e de acesso restrito, demonstrando ser uma política marcada por retrocessos (PEREIRA, 2016).

1.2.1- A formação profissional em Serviço Social frente à contrarreforma da educação

Particularmente no âmbito do Serviço Social, a contrarreforma do ensino superior vem acarretando alterações substantivas no processo formativo. Pode-se aferir que o marco inicial dessas alterações ocorreu em 2001, quando a categoria profissional empreendeu um processo de lutas em defesa do projeto de formação profissional junto ao Ministério da Educação e do Desporto (MEC-Sesu), que ao aprovar as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social, desvirtuou a proposta original com modificações relevantes no que se referem aos conteúdos das matérias, às competências, habilidades e perfil profissionais. Esses elementos que foram debatidos e construídos coletivamente pela categoria foram, em certa medida, suprimidos lesando o projeto original.

¹⁹ A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 395/14, formulada pelo deputado Alex Canziani (PTB-PR), autoriza as universidades públicas a cobrarem taxas e mensalidade de cursos de pós-graduação lato sensu (especializações), de extensão e mestrado profissional. No ano passado ocorreu a votação da PEC em primeiro turno, resultando em 14 votos a favor e 44 contra. Tanto o MEC, quanto a Associação Nacional dos Dirigentes das instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) se posicionaram favoráveis a medida. A votação em segundo turno está sendo aguardada, caso seja aprovada, seguirá para o Senado (MARIZ, 2015). Segundo avaliação de Jacob Paiva, 1º secretário do ANDES-SN, a medida supracitada se opõe “aos princípios de educação pública, universal e de qualidade, desvirtua a produção e socialização de conhecimento e desobriga o Estado a se comprometer com o financiamento das instituições públicas de ensino, oferecendo a venda de serviços como uma alternativa”. A cobrança desses cursos já vem sendo praticada pelas instituições públicas, porém enfrenta contestações, dessa forma a PEC foi criada para normatizar esse processo. Paiva complementa que “essa PEC faz parte de uma política mais geral, que é de desresponsabilização do Estado na área da educação pública. Já vivemos um cenário de crescimento do setor privado na educação superior, e a medida amplia esse processo de privatização e mercantilização” (ANDES-SN, 2015).

Iamamoto (2014) apresenta o conteúdo das modificações presente no texto das diretrizes curriculares legitimadas pelo MEC, que estão assim descritas:

[...] *no perfil do bacharel em Serviço Social* constava “profissional comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social”, o que foi retirado e substituído por “utilização dos recursos da informática”. Na definição das *competências e habilidades*, é suprimido do texto legal o direcionamento teórico-metodológico e histórico para a análise da sociedade brasileira: *apreensão crítica dos processos sociais na sua totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país* (MEC-Sesu/Coness, 1999). Também os tópicos de estudos foram totalmente banidos do texto oficial em todas as especialidades. Eles consubstanciavam o detalhamento dos conteúdos curriculares anunciados nos três núcleos de fundamentação que compõem a organização curricular: *núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; núcleo de formação sócio-histórica da sociedade brasileira e núcleo de fundamentos do trabalho profissional*. Este corte significa, na prática, a dificuldade de garantir um conteúdo básico comum à formação profissional no país (Ibid, 2014, p.616-617).

Naquele momento, o MEC buscava estabelecer uma política de educação afinada aos preceitos neoliberais e subordinada à dinâmica do mercado, por isso buscou ajustar as diretrizes fixando um projeto formativo diferente daquele construído coletivamente pela categoria profissional. Tais alterações contribuíram para que os conteúdos curriculares se tornassem mais flexíveis e sua organização sujeita aos interesses de cada instituição, facilitando a mercantilização da formação dos assistentes sociais (PEREIRA, 2008).

Lewgoy et al. (2013) expõem que a reestruturação da formação em Serviço Social no Brasil, advém não só da configuração da política de educação superior brasileira, ditada pelos organismos internacionais, como também do crescimento abrupto de cursos de Serviço Social, geralmente privados, os quais contribuíram para modificar a “geografia da formação”, demandando a articulação da categoria profissional para assegurar a qualidade da formação e da manutenção de seu projeto profissional.

Nessa direção, Pereira (2008) afirma que em consonância com a dinâmica de expansão da educação superior, via setor privado, a partir da década de 1990, o Serviço Social presenciou o aumento vertiginoso de cursos de graduação ofertados por instituições privadas, em geral, não universitárias (não realizam atividades de pesquisa e de extensão). Em 2003, durante o primeiro mandato de Lula, esse processo de ampliação se agravou, com o incentivo do governo federal para a criação de novos cursos, por todo país, por meio da modalidade de

ensino a distância (EaD). No âmbito do Serviço Social, os cursos EaD começaram a funcionar em 2006, após autorização do MEC, alavancando ainda mais a expansão de vagas na área.

A pesquisa realizada por Pereira et al. (2014) a partir de dados estatísticos fornecidos pela Sinopse da Educação Superior (INEP/MEC)²⁰ elucida o processo expansionista dos cursos de graduação em Serviço Social e demonstra de forma comparativa o ritmo de crescimento dos cursos ofertados nas modalidades EaD e presencial, no íterim de 2006 a 2012. Com base nesses dados foi observado que no tocante ao *quantitativo de cursos*, houve um crescimento exponencial das graduações em Serviço Social na modalidade EaD, se comparada com a modalidade presencial, visto que esta modalidade apresentou um índice de crescimento de 67,85%, ao passo que a modalidade EaD aumentou em 1.700% (passando de 1 para 18 cursos). Segundo as pesquisadoras, esses dados confirmam o interesse dos empresários da educação por cursos na área de Humanas, uma vez que estes demandam pouco investimento e proporcionam um retorno rápido e lucrativo.

Por outro lado, apesar do crescimento expressivo da modalidade EaD, o *número de vagas* ofertadas não acompanhou esse ritmo, no período de 2007 a 2008, o número de vagas “mais que triplicou”, passando de 51.836 para 159.594, porém desde 2009 vem apresentando queda e em 2011 houve uma redução relevante, totalizando 68.742 vagas. Esse quadro é revertido em 2012 quando ocorre novamente o aumento das vagas ofertadas por esta modalidade, elevando o quantitativo para 76.652. Quanto às vagas ofertadas em cursos presenciais, o ritmo de crescimento progressivo foi mantido, houve o aumento de 22.884 para 44.137 vagas.

No tocante ao *número de matrículas*, as referidas autoras identificaram que 2008 foi o ano em que ocorreu um crescimento significativo na modalidade EaD com 101.890 matrículas. Esse crescimento está relacionado com a abertura de mais 06 novos cursos de Serviço Social nessa modalidade. Em 2009, esse número foi reduzido (68.055), sendo o descredenciamento da UNITINS, apontado como umas das principais causas para a diminuição das matrículas e vagas disponibilizadas por esta modalidade nesse ano. Nos anos seguintes o número de matrículas voltou a crescer lentamente, totalizando 97.428 matrículas

²⁰ “O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC), cuja missão é promover estudos, pesquisas e avaliações sobre o Sistema Educacional Brasileiro com o objetivo de subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas para a área educacional a partir de parâmetros de qualidade e equidade, bem como produzir informações claras e confiáveis aos gestores, pesquisadores, educadores e público em geral”. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/conheca-o-inep>>. Acesso em: 04 de setembro de 2015.

em 2012. Nos cursos presenciais o crescimento do número de matrículas ocorreu de forma linear, em 2006 foram ofertadas 47.694 matrículas, ao passo que em 2012 esse quantitativo foi elevado para 75.551. As pesquisadoras advertem que embora os dados revelem que a modalidade EaD apresentou um crescimento inconstante, desde 2008, ela vem ultrapassando o número de matrículas disponibilizadas pelos cursos presenciais, demonstrando que há público consumidor para esse tipo de graduação.

De forma articulada, o *número de ingressantes* nas modalidades EaD e presencial acompanhou a variação do número de matrículas ofertadas. Assim, em 2008 houve aumento vultoso de ingressantes na modalidade EaD (77.286), em 2009 esse quantitativo foi reduzido drasticamente (22.811), sendo retomado nos anos posteriores perfazendo 33.206 ingressantes em 2012. Nesse aspecto a modalidade EaD também superou os cursos presenciais, que em 2012 contava com 25.221 ingressantes.

Por último, Pereira et al. (2014) analisaram o *quantitativo de concluintes* e verificaram que “a modalidade EaD passou a formar mais profissionais do que a presencial”. Os cursos presenciais, ao longo do período estudado, apresentaram um crescimento constante do número de concluintes estimado em 59,10%, sendo que em 2006 essas unidades foram responsáveis pela formação de 7.773 alunos, sendo este número elevado para 12.367 formandos em 2012. A modalidade EaD apresentou crescimento variável, em 2010 foram 8.925 concluintes, em 2009, houve queda considerável desse número para 4.574, porém em 2012 há uma elevação abrupta de concluintes para 15.307. Assim, durante os anos de 2009 a 2012 o índice de crescimento do número de concluintes da modalidade EaD foi de 342%, ao passo que na modalidade presencial foi de 18%. Esses dados revelam “o peso dos cursos de Serviço Social na modalidade EaD para a formação de novos assistentes sociais” (Ibid, p.195).

A partir desse quadro as pesquisadoras expõem algumas tendências sobre o direcionamento dado a formação dos assistentes sociais no Brasil. A primeira delas se refere ao “interesse mercantil das IES” em ofertar cursos de Serviço Social por estes serem menos dispendiosos “tanto para quem o explora (as IES) comercialmente quanto para quem o consome (os estudantes)” (Ibid, p.196). Este fator reafirma o crescente empresariamento da educação superior e “permite vislumbrar, como faces de um mesmo processo, a precarização do ensino e da formação profissional” (Iamamoto, 2008, p.441), os quais são relegados pelas empresas do ramo educacional em favor do aumento da lucratividade.

A segunda tendência diz respeito ao elevado número de assistentes sociais formados pela modalidade EaD, superando o quantitativo de formandos dos cursos presenciais. É importante mencionar que de acordo com dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2013) existem hoje no país 135 mil assistentes sociais ativos, sendo esse contingente profissional o segundo no cenário mundial. Assim, pode-se aferir que nos próximos anos haverá a preponderância da modalidade EAD na “diplomação dos assistentes sociais no país” (Pereira, 2013, p.58) e conseqüente massificação de profissionais, acarretando rebatimentos tanto para o exercício profissional, quanto para a preservação da direção social da profissão.

Esse panorama da formação dos assistentes sociais na atualidade revela que está em curso, um crescente processo de desqualificação profissional que vem alterando o perfil profissional inscrito nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS. Tais alterações estão enraizadas em uma formação empobrecida, acrítica e limitada, ofertada majoritariamente pelo setor privado e aprofundada pelo EAD, os quais tendem a direcionar o ensino para a formação de profissionais aptos ao atendimento imediato das demandas do capital (IAMAMAMTO, 2014).

O ensino ofertado nas instituições privadas e particularmente no EAD, não proporcionam aos estudantes o contato com a pesquisa, que segundo as Diretrizes Curriculares deve perpassar todo o processo formativo, visto ser a dimensão investigativa constitutiva e constituinte tanto da formação quanto da prática profissional; sua ausência também traz implicações para a produção do Trabalho de Conclusão de Curso, uma vez que os alunos não vivenciam a Iniciação Científica (PEREIRA, 2013). Logo, a formação realizada nessas unidades está reduzida a dimensão do ensino, divergindo daquela defendida e expressa nas Diretrizes Curriculares que possui como um dos princípios a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Sobretudo na graduação à distância, as fragilidades do processo formativo são ainda maiores. No que concerne ao estágio, a inserção e a prática dessa atividade ocorrem de forma precarizada, uma vez que a supervisão direta, acadêmica e de campo não são asseguradas, já que não são previstos encontros entre professor e aluno, esse contato se dá apenas de forma virtual e mediada pelo tutor presencial²¹. Este, em geral, possui pouca qualificação, sendo esta

²¹De modo geral, as atividades realizadas pelo tutor presencial são restritas à: encaminhar dúvidas, sugestões, comentários e a participação dos alunos durante as teleaulas e aulas atividades; registrar frequência; aplicar provas; acompanhar as atividades de estágio e de trabalho de conclusão de curso e garantir a disciplina e a organização da sala de aula. Disponível em: <http://www.unoparvirtual.com.br/documentos/guia-percurso/servico-social.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2015. É importante mencionar que a preparação do conteúdo didático-pedagógico e a ministração das teleaulas são de responsabilidade do corpo docente do curso e

função exercida, em sua maioria, por alunos recém-formados, e até mesmo por aqueles portadores de outra formação, sendo contratados em regimes horistas, podendo manter vínculos empregatícios com outras instituições. Observa-se dessa forma, que a tutoria é uma atividade realizada através de condições de trabalho débeis, as quais acometem o processo de ensino e logo a qualidade da formação (ABREU et al., 2011).

Pereira (2013) chama atenção para o fato de que aliado à desqualificação profissional que a modalidade EAD vem ocasionando na formação em Serviço Social assiste-se a tendência à desvalorização profissional e de salários cada vez mais reduzidos para docentes e tutores.

Ainda em relação ao estágio, a ausência de uma relação estreita entre professor-aluno constitui uma prática totalmente contrária ao que está posto na Política Nacional de Estágio da ABEPSS, que parte do entendimento que para garantir uma formação crítica e de qualidade, exige-se uma relação pedagógica direta entre professor e aluno, de modo que esta relação promova troca de conhecimentos e síntese dos conteúdos aprendidos durante a graduação, a partir do desenvolvimento de diversas atividades, como leituras, exercícios e debates, que fazem alusão às experiências vivenciadas pelo aluno no campo de estágio. O EAD por sua própria forma de ser não oferece meios para que esse tipo de relação pedagógica seja estabelecida, comprometendo sobremaneira a formação dos assistentes sociais (PEREIRA, 2013).

De forma articulada, outra fragilidade que compromete a formação nesta modalidade de ensino é que o EAD não possibilita ao estudante uma rica vivência no ambiente acadêmico, o qual é constituído por um leque de atividades distintas e integradoras, tais como monitoria, extensão, pesquisa, treinamento profissional, atividades culturais, participação no movimento estudantil, dentre outros (ABREU et al. 2011), pelo contrário, ele está sujeito a pouco ou nenhum contato com os colegas e demais estudantes de outras áreas, e possui como referência mais próxima o tutor presencial. Desse modo, segundo CARDOSO et al (*apud* ABREU et al., 2011, p. 794) o estudante passa por uma formação restrita, uma vez que parte-se da compressão de que a formação extrapola os muros da instituição e tem por finalidade a

que não há envolvimento do tutor nesse processo. Assim, evidencia-se que as atividades exercidas pelo tutor presencial são limitadas, sendo de caráter técnico e administrativo. Para aprofundar esta análise, ver CFESS/ABEPSS/ENESSO – Conselho Federal de Serviço Social / Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social / Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social. Sobre a incompatibilidade entre graduação a distância e Serviço Social. Brasília: CFess/Cress/Abepss/Enesso, 2010. Disponível em: <http://www.educacaofastfood.com.br/pdf/01_sobreaincompatibilidade_2011.pdf>. Acessado em: 10 de setembro de 2015.

“construção de novas consciências e práticas acadêmicas; além de ser um dos muitos espaços de formação cultural, política e de exercício e luta pela cidadania”

Diante do exposto, evidencia-se que a formação em Serviço Social ofertada pelas instituições privadas e de modo extensivo pela modalidade EAD, fere o projeto de formação profissional materializado nas Diretrizes Curriculares e compromete a direção ético-política da profissão. Segundo Yamamoto (2014, p.298),

O desmesurado crescimento do quadro profissional nas últimas décadas, decorre da expansão acelerada do ensino superior privado – em particular no ensino à distância – tem implicações na qualidade acadêmica da formação, no aligeiramento no trato da teoria, na ênfase no treinamento e menos na descoberta científica. A massificação e a perda da qualidade da formação universitária *facilitam a submissão dos profissionais às demandas e “normas do mercado”, tendentes a um processo de politização à direita da categoria.*

Além disso, o grande contingente de profissionais formados nos últimos anos e não absorvidos pelo mercado de trabalho têm gerado sérias implicações para a área de Serviço Social, tais como rebaixamento salarial, precarização das condições de trabalho e incerteza do trabalho, corroborando a tese de Yamamoto (2014) sobre a constituição de um “exército assistencial de reserva”.

Em contrapartida, as entidades representativas da categoria profissional – ABEPSS, CFESS/CRESS e ENESSO - não estão alheias a este movimento de retrocesso da profissão causado pela mercantilização da educação superior. Cientes da necessidade de luta permanente para a manutenção da qualidade da formação profissional, tais entidades têm realizado uma série de denúncias a respeito do modelo mercantil e privatizante que vem impactando a formação dos assistentes sociais na atualidade, sendo essa discussão alvo de debates e produções da categoria.

Nessa direção,

Desde o surgimento dos primeiros cursos de Serviço Social na referida modalidade, a categoria profissional, por meio de suas entidades representativas, vem se manifestando publicamente contrária à inserção de EaD na graduação em Serviço Social, argumentando a sua radical incompatibilidade com uma formação que garanta um perfil de assistente social crítico e qualificado nas três dimensões do exercício profissional: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (PEREIRA et al., 2014, p.185).

Os exemplos mais expressivos das instâncias organizativas nesse processo são a elaboração do documento intitulado “Sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e Serviço Social” que tornou pública a realidade precária dos cursos EAD ofertados no Brasil, e a organização da campanha “Educação não é fast-food” que contou com a participação do ANDES (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior) e de diversas entidades que defendem a educação como direito, a qual foi amplamente divulgada e por isso, teve sua veiculação proibida judicialmente, demonstrando a face autoritária e conservadora do Governo Federal ao promover a judicialização do debate político dessas questões (ABREU, 2013).

Assim, as considerações apresentadas até o momento, indicam que muitos são os desafios a serem enfrentados pela categoria profissional, o que requer a articulação entre conhecimento teórico e estratégias políticas para traçar processos de lutas e resistências contra a ofensiva do capital de transformar o ensino superior em mercadoria, na atualidade, travestida pelo verniz da democratização do acesso à educação. Por isso, torna-se imprescindível manter a defesa de uma “universidade pública, gratuita, laica e de qualidade”, comprometida com as demandas da sociedade e com a socialização dos conhecimentos, de modo que tenha sua autonomia preservada e seja capaz de assegurar a formulação e execução de projetos formativos isentos de interesses particularistas e privados (ABREU; SANTOS, 2011).

A materialização das Diretrizes Curriculares tem se portado como um instrumento de resistência a essa conjuntura adversa de precarização do ensino superior, e o meio pelo qual se busca assegurar e consolidar o Projeto Ético-Político no campo da formação profissional (BOSCHETTI, 2011), dando sustentação à defesa de uma formação qualificada e comprometida com o fortalecimento dos direitos sociais em um país marcado pelas desigualdades sociais.

A defesa dessa proposta de formação precisa estar presente em todas as áreas de intervenção do Serviço Social, sendo fortalecida no processo de educação permanente e resguardada em todos os níveis de qualificação, dado que o assistente social recebe uma formação generalista que o habilita a exercer sua atividade profissional em diversas áreas e a se inserir em diferentes processos de trabalho, o que demanda desse profissional um conjunto

de conhecimentos variados, que engloba tanto os conhecimentos específicos do âmbito do Serviço Social, quanto àqueles decorrentes do espaço sócio ocupacional em que está alocado.

Dentre os diversos setores de atuação do assistente social, a Política de Saúde é considerada um dos maiores campos de absorção desse profissional, principalmente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ²² que alicerçado na concepção ampliada de saúde (reconhecimento da influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença) sinalizou a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares para sua promoção. A implantação desse novo modelo de atenção à saúde contribuiu para o reconhecimento do trabalho do assistente social nesta área e consequente expansão desse espaço sócio ocupacional (NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

A inserção do assistente social na área de saúde coloca para o profissional a necessidade de uma formação especializada que lhe proporcione conhecimentos acerca das particularidades da política de saúde. É importante ressaltar que o trabalho e a formação profissional na saúde devem ser direcionados pela articulação entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária, uma vez que estes projetos apresentam princípios e valores comuns, os quais lhes atribuem uma identificação política, como por exemplo:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- 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 (Código de Ética dos Assistentes Sociais, 1993)

Os princípios supracitados presente no Código de Ética dos Assistentes Sociais coadunam com os preceitos do SUS, tais como: a universalidade de acesso aos serviços de

²² Até meados dos anos 2000 a área de saúde foi considerada o campo de maior absorção de assistentes sociais. Esse quadro é alterado a partir de 2005 com a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que como o SUS, municipalizou as ações na área, instituindo a obrigatoriedade de implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em todos os municípios brasileiros e a presença de assistentes sociais na composição da equipe multiprofissional. Esta nova forma de organização da política de assistência social favoreceu consideravelmente a expansão de contratação e concursos para assistentes sociais, tornando-se a área de maior concentração desse profissional. Contudo, ainda hoje, o campo da saúde se constitui em importante espaço de intervenção profissional (CFESS, 2011).

saúde, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, a participação da comunidade, dentre outros; demonstrando que os projetos mencionados estão voltados para a defesa da justiça social, democracia e igualdade. A compatibilidade entre tais projetos os torna, portanto, norteadores do trabalho dos assistentes sociais na área de saúde (PEREIRA; SANTOS, 2014).

Nessa direção, as residências se apresentam como espaços privilegiados voltados para a formação especializada em saúde. Tais programas ganharam expressividade, a partir de 2009, com a implantação das residências multiprofissionais pelo Ministério da Saúde, que as atribui a função de promover mudanças na formação em saúde e fortalecer o trabalho interdisciplinar e coletivo em conformidade com os princípios do SUS, visando à qualificação das ações em saúde (CASTRO, 2013).

No entanto, a proliferação dos programas de residência e a ampliação da inserção dos assistentes sociais nestes, aliada a crescente privatização e mercantilização da política de saúde, em contraposição ao projeto de Reforma Sanitária, têm suscitado no Serviço Social a discussão acerca da formação em saúde e das especificidades do processo formativo nas residências, tendo em vista as implicações deste cenário para o trabalho e formação profissionais.

Assim, a partir do exposto, objetivamos analisar como tem se processado a formação dos assistentes sociais nos Programas de Residência, bem como identificar se os projetos pedagógicos que norteiam tais programas estão em consonância com o projeto de formação profissional do Serviço Social, conferindo às Residências um espaço de formação que zela pela preparação de profissionais para atuarem no SUS, comprometidos com a defesa do direito à saúde e com a sua afirmação enquanto uma política pública.

No próximo capítulo, procuro desvelar as peculiaridades da formação proporcionada pelos Programas de Residências e problematizar os desafios postos a formação profissional em saúde, e de modo particular para a formação dos assistentes sociais neste contexto.

CAPÍTULO 2 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

2.1- A configuração da formação dos profissionais de saúde

No Brasil, a discussão em torno do processo de formação dos profissionais de saúde ganhou centralidade a partir da década de 1980 e compôs o conjunto de mudanças defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária, como necessário para reestruturar o sistema de saúde vigente, a fim de torná-lo um sistema integrado, descentralizado e de acesso universal²³.

As lutas travadas pelo movimento sanitário em favor da constituição de um novo modelo de saúde no país foram consolidadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde²⁴ realizada em 1986, e culminaram na compreensão da saúde sob uma base conceitual ampliada, isto é,

²³Entre as décadas de 1920 e 1980 o Brasil vivenciou dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária. A primeira estava voltada para o atendimento de toda a população, por meio de ações preventivas e de campanhas sanitárias. A segunda restringia o acesso à saúde aos trabalhadores formais, de categorias profissionais reconhecidas por lei e possuidores de carteira assinada, o que foi denominado por Wanderley Guilherme dos Santos como “cidadania regulada”, ou seja, somente aqueles indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho eram considerados cidadãos. A medicina previdenciária se tornou hegemônica, a partir da década de 1960, ao ser implantado no país o “modelo de privilegiamento do produtor privado” (Bravo, 2007, p.94) com ênfase em ações curativas e médico-hospitalares. Esta política foi acentuada durante os governos militares e marcada por práticas corruptas e fraudulentas, tanto por parte dos setores privados que superfaturavam os serviços prestados, quanto pelo governo que priorizava os interesses particulares em detrimento dos interesses públicos, tornando o sistema público de saúde ineficiente, caótico e omissivo às necessidades de saúde da população. No início dos anos 1970, em meio ao contexto da ditadura militar, surge o movimento sanitário brasileiro composto por profissionais de saúde, partidos políticos de oposição, intelectuais e movimentos sociais, que diante do cenário de crise econômica e aprofundamento das desigualdades sociais, passaram a contestar o modelo de atenção, as instituições e as práticas de saúde hegemônicas, propondo a criação de um sistema de saúde “universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade” (Correia, 2007, p.112). Após muitos embates entre os setores que defendiam a privatização da saúde e o movimento sanitário, evidencia-se que tal movimento obteve grande parte de suas reivindicações incorporadas na Constituição Federal de 1988, provocando mudanças significativas na política de saúde brasileira, tais como: o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; a universalização do atendimento; a participação complementar do setor privado na prestação de serviços de saúde; a descentralização política, o controle social e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAVO, 2007).

²⁴A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 em Brasília, foi um marco na história da saúde pública brasileira, não só em virtude de seu caráter democrático, com a participação de diferentes segmentos da sociedade civil nos debates sobre a saúde no país, mas por ter sistematizado e formalizado, em proposta política, as principais formulações do movimento sanitário, quais sejam: o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a defesa de uma concepção ampliada de saúde e a necessidade de criação de um sistema de saúde unificado. Tais formulações subsidiaram as discussões da saúde na Assembleia Nacional Constituinte e foram, em sua maioria, incorporadas a CF/88, levando a fixação de diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. A política de saúde, então, ganha outros rumos a partir de seu reconhecimento legal enquanto política social e com a criação do SUS para sua operacionalização (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

decorrente das condições de “habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986), o que contribuiu para sua afirmação na Constituição Federal de 1988 (CF/88) como um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado, e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Instituído pela CF/88 e posteriormente regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, o SUS marcou o reordenamento da política de saúde brasileira ao promover alterações substantivas nas práticas de saúde com a construção de um modelo de atenção regido pela universalidade do acesso, integralidade da atenção, descentralização da gestão e participação popular (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). No entanto, em virtude da política de ajuste neoliberal vivenciada pelo país, a partir da década de 1990, tem-se uma conjuntura desfavorável a ampliação de políticas sociais de caráter universalista, que por sua vez acarreta impactos na política de saúde brasileira, sendo decorrente desse contexto, o surgimento de vários entraves de ordem estrutural e conjuntural, que em constante tensionamento, tem impedido a materialização dos princípios do SUS.

Esses obstáculos se traduzem nas profundas desigualdades sociais, econômicas e culturais existentes nas diferentes regiões e entre as unidades de federação do país; no parco financiamento do sistema que impacta a qualidade e a cobertura dos serviços oferecidos, distanciando-se do sistema de saúde previsto na Constituição; na ênfase dada ao Estado às privatizações, retirando-se da responsabilidade de prover os serviços de saúde; na transição demográfica por que passa o Brasil (envelhecimento da população); no perfil epidemiológico brasileiro (prevalência de doenças crônicas); no clientelismo político; no despreparo dos profissionais para atuarem no setor, após as transformações sofridas pelo sistema de saúde com a criação dos SUS, na persistência do modelo médico hegemônico como balizador do modelo de atenção à saúde, dentre outros (SERRA, 2013; MENDES, 2013).

Nesse contexto, Bravo (2006) assinala que o campo da saúde é marcado pelo surgimento de dois projetos distintos que se encontram em permanente embate: o “projeto de reforma sanitária” e o “projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista”. O projeto de reforma sanitária defende que o Estado deve assegurar a saúde pautando-se na concepção democrática e de direito, tendo como premissa básica o artigo 196 da CF/88: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em contrapartida o projeto de saúde articulado ao mercado, ou “a reatualização do modelo médico assistencial privatista” está pautado na política de ajuste que prevê a contenção de gastos por meio da racionalização da oferta de serviços e desresponsabilização do poder central através da descentralização. As principais propostas deste projeto são: “caráter focalizado; ampliação da privatização; estímulo ao seguro privado e descentralização dos serviços” (COSTA apud BRAVO, 2006, p.101). Tal projeto ao ser assumido pelo Estado condiciona a garantir o mínimo àqueles que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado.

Para compreender a contraditoriedade existente entre os projetos supracitados, faz-se necessário referenciar o surgimento e a influência do modelo biomédico na política de saúde brasileira. O modelo biomédico, denominado flexneriano se originou dos estudos de avaliação do ensino médico norte-americano realizado por Abraham Flexner, em 1910, cujos resultados foram reunidos no Relatório Flexner e transformados em recomendações para o ensino em saúde. Este paradigma além de reformar o ensino médico nos Estados Unidos, se estendeu para outras áreas de conhecimento, impactando profundamente não só a formação médica em âmbito mundial, como também o ensino e as práticas profissionais em saúde de modo geral, no decorrer do século XX (ALMEIDA FILHO, 2010; GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010).

Desde o Relatório Flexner, temos na seleção de conteúdos, metodologias e formas de avaliação da hegemonia da atenção hospitalar, das especificidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde uma educação dos profissionais de saúde marcada por uma ciência das doenças; um corpo entendido como território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos (CECIM; CARVALHO 2006a: 73)

O modelo biomédico é caracterizado pelo mecanicismo, biologismo, individualismo, curativismo e especialização; está vinculado a uma concepção de saúde como sinônimo de ausência de doenças, razão pela qual as ações de recuperação e reabilitação das doenças são priorizadas em prejuízo das ações de promoção e proteção à saúde (SCHERER et al.,2005; CUTOLO, 2006). Com base nesses princípios, o ensino na saúde tornou-se “hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).

Este paradigma foi introduzido no Brasil nos anos 1940, sendo referência para o ensino das profissões da saúde, atribuindo às graduações um caráter científico. De acordo com o Relatório Flexner, uma educação científica das profissões de saúde, teria base biológica, seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital. Ceccim e Carvalho (2006b) assinalam que:

Essa educação científica em saúde foi adquirindo um caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e mediante o uso de equipamentos, onde a saúde fica compreendida como ausência de doença (Ibidem, p.5-6).

Do ponto de vista pedagógico, o ensino em saúde, claramente positivista, orientado por este paradigma, é centrado em conteúdos organizados em disciplinas ou especialidades, fragmentadas em ciclo básico e ciclo clínico, cada um com duração de dois anos de atividades práticas, sendo o primeiro realizado no laboratório e o segundo no hospital, lócus por excelência de estudo das doenças, que por sua vez, deveriam ser analisadas de forma individual e concreta. Para Flexner a “doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p.496).

Em consonância com esta lógica, o ensino é predominantemente tecnicista, voltado para a incorporação maciça de tecnologias, condizente com interesses econômicos e corporativos, os métodos de aprendizagem são baseados na transmissão de conhecimentos restritos ao “contato com o professor em sala de aula, com os manuais de diagnóstico e de terapêutica, com o estudo programado e com os profissionais de serviço em campo de treinamento supervisionado” (CECCIM; CARVALHO, 2006b, p.6).

A política de saúde no Brasil, até a construção do SUS, foi conduzida pelo modelo biomédico, motivo pelo qual a organização dos serviços de saúde, esteve centrada na assistência médica curativa e individual e na compreensão de saúde como ausência de doença. A tentativa de rompimento com este paradigma se deu com a criação e implantação do SUS, sustentado no entendimento de que o modelo biomédico não é capaz de responder a complexidade do processo saúde-doença e às necessidades de saúde da população,

inviabilizando a existência de um sistema de saúde integrado, eficiente, justo e equânime no país (SCHERER et al., 2005; ALMEIDA FILHO, 2010).

A superação desse paradigma e a conseqüente concretização do sistema de saúde, nos moldes preconizados pelo projeto de reforma sanitária, impõem a necessidade de novos perfis profissionais consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, exigindo mudanças no campo das práticas e da formação profissional. Desse modo, “a qualificação e o comprometimento dos profissionais de saúde tornam-se mais que simples necessidades, transformam-se em aspectos vitais para a real consolidação do SUS” (CECCIM apud GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 556).

Com base nesse entendimento, as discussões referentes à formação de recursos humanos para saúde, realizadas pelo movimento de Reforma Sanitária, foram incorporadas nos textos relativos à legislação do SUS e suas bases normativas. A compreensão acerca da fundamental articulação entre formação dos profissionais e sistema de saúde para garantir a qualidade da atenção integral à saúde foi expressa na CF/88 que afirma ser competência do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Esta atribuição é reforçada na Lei Orgânica da Saúde, ao expressar que a política de formação dos trabalhadores da área deve contemplar “todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990) e prevê ainda que os serviços integrantes do SUS “constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1990), tornando explícita a necessária intersetorialidade entre saúde e educação para a preparação dos profissionais.

Desde então, várias ações foram implementadas no campo da formação e desenvolvimento de trabalhadores, constituindo-se em movimentos indutores de mudanças na formação em saúde, os quais buscaram promover modificações nas graduações e evidenciar a relevância da integração ensino-serviço para a qualificação do trabalho em saúde. Tais movimentos visaram ainda sanar o histórico distanciamento entre formação profissional e necessidades da população, buscando torná-la afinada com o modelo assistencial em construção. Para tanto, fez-se necessário que as instituições formadoras tivessem maior proximidade com os serviços de saúde e se empenhassem na revisão de conteúdos e na criação de novas metodologias de ensino, proporcionando, dessa forma, a construção de uma política de formação em saúde alinhada com o SUS (BATISTA, 2013).

A primeira iniciativa com este intuito ocorreu ainda no início da década de 1980, e ficou conhecida como Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA). Promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), o IDA, possibilitou a inserção dos alunos nos serviços de saúde por meio de atividades de extensão aproximando-os da comunidade e impulsionando a articulação entre universidade e serviços. Essas experiências se estenderam por todo país²⁵ e buscaram romper com o modelo flexneriano de ensino (hospitalocêntrico e especializado), porém dado seu caráter limitado à assistência em saúde, à baixa adesão de docentes e à fragmentação das ações, não foi capaz de desencadear modificações nos currículos e nem produzir alterações significativas na formação profissional da área (BATISTA, 2013; DIAS et al., 2013; GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010). De modo geral, os projetos IDA não contemplavam áreas importantes de participação, como as comunidades, e não conseguiram envolver as instituições de ensino como um todo. Essas debilidades propiciaram o surgimento de um novo projeto que visava estreitar as relações com a comunidade e abranger todas as instituições de ensino da área de saúde (BARBIERI, 2006). Nesse sentido, o projeto IDA impulsionou a criação de outras experiências, como o projeto UNI, integrando-se a este posteriormente.

Com base na experiência anterior e buscando avançar na elaboração de um modelo de formação com capacidade para responder aos desafios da atenção à saúde, no início da década de 1990, a Fundação Kellogg²⁶ lançou o programa denominado “Uma Nova Iniciativa na

²⁵No Brasil foram desenvolvidos 86 projetos IDA, os quais foram articulados nacionalmente a partir de 1985, após a I Reunião de Coordenadores de Projetos IDA, realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte/MG, onde foi aprovada a proposta de trabalho em rede, que viabilizou a implantação da Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial (Rede IDA). A Rede IDA foi criada não só para promover integração entre os projetos, como também para proporcionar um espaço de troca de experiências entre seus participantes - profissionais e instituições de ensino- e de avaliações das atividades desenvolvidas, a fim de contribuir para a reorganização dos serviços, para a aproximação entre universidades e sistemas de saúde e para o cumprimento dos objetivos do projeto IDA, quais sejam: “propiciar aos estudantes dos cursos da área de saúde o convívio com as realidades que enfrentariam após se formarem e ao mesmo tempo, oferecer serviços adequados às necessidades da comunidade” (BARBIERI, 2006, p.48). Além do mais, até aquele momento os projetos trabalhavam de forma isolada e lidavam com realidades distintas, assim levando-se em conta as diferenças que cada projeto apresentava, pretendia-se a definição de um direcionamento comum, que levasse, de fato, a uma mudança de prática (BARBIERI, 2013).

²⁶A Fundação Kellogg é uma organização norte-americana que foi fundada em 1930, por Will Keith Kellogg, empresário do ramo alimentício, pioneiro na fabricação de cereais matinais. O empresário doou cerca de US\$ 66 milhões em ações da empresa para atividades voltadas para o desenvolvimento social, com o objetivo de “ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas”. As ações da Fundação Kellogg foram concentradas em três áreas consideradas estratégicas para o desenvolvimento humano: saúde, educação e desenvolvimento rural. Inicialmente os projetos de educação e saúde pública desenvolvidos pela referida fundação tiveram atuação restrita a cidade de Bathecreek, Michigan, onde estava localizada a sede da entidade. Após a II Guerra Mundial, a fundação expandiu suas doações para a América Latina, disponibilizando 450 bolsas de estudos para profissionais da área de saúde, com vistas a qualificar médicos, enfermeiros e professores, de modo que, a partir

Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, conhecido pela sigla UNI. Partindo do acúmulo teórico e metodológico do projeto IDA, o UNI avançou ao propor ações que direcionaram a formação na perspectiva da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, mediante a articulação entre universidades, serviços de saúde e comunidade. O UNI objetivou produzir modificações nos conteúdos curriculares e nas metodologias de ensino, além de expandir os cenários de prática impulsionando um novo modelo de formação, implicando em mudanças simultâneas no ensino, serviço e comunidade. No âmbito do ensino, esperava-se que o aluno pudesse se aproximar da realidade, apropriar-se do funcionamento e necessidades dos serviços e desenvolver relações humanizadas e comprometidas com a população. Quanto aos serviços, desejava-se que se tornassem condizentes com a realidade local. No tocante a comunidade, pretendeu-se fortalecer a cidadania e a participação popular em saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Embora sejam considerados movimentos pró-mudança da formação superior dos profissionais de saúde, os projetos IDA e UNI, pouco avançaram na direção de proporcionar uma formação mais adequada a realidade do SUS. Ainda se fazia presente nessas experiências o desafio de romper com a fragmentação do processo de trabalho em saúde e de introduzir o aprendizado de práticas integrais e humanizadas no decorrer do processo formativo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Paralelamente as referidas iniciativas, ainda na década de 1990, a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) em parceria com o Conselho Federal de Medicina instituíram, juntamente com mais nove entidades representativas de professores universitários de formação médica e estudantes de medicina, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)²⁷ com a finalidade de avaliar o ensino nas

dos conhecimentos adquiridos esses profissionais pudessem contribuir para a melhoria da qualidade de vida em seus países. Desde o início de sua atuação na América Latina, em 1941, a entidade priorizou o desenvolvimento de programas voltados à qualificação dos profissionais da área de saúde, patrocinando diversas iniciativas que a atendessem a essa prioridade, como por exemplo, o incentivo técnico e financeiro dado aos projetos IDA e UNI. No Brasil a entidade propagou a necessidade de mudanças na formação em saúde, incentivando as reformas curriculares e a adoção de metodologias ativas de ensino (TANCREDI, FEUERWERKER, 2001; CONTERNO, 2013).

²⁷A CINAEM foi criada diante da necessidade de se conhecer de forma aprofundada o ensino médico no país, da ausência de padrões avaliativos do mesmo e da crise do setor saúde. Era composta por entidades sindicais, científicas e estudantis da área médica que se contrapunham as metodologias de avaliação do ensino universitário preconizadas pela política neoliberal de ranqueamento dos cursos de graduação do país, por meio da aplicação do provão. Nesse sentido, a CINAEM buscou construir novas metodologias de avaliação do ensino nas escolas médicas a partir de discussões coletivas e democráticas sobre o ensino e a profissão médica, contando com a participação ativa de estudantes, docentes e representantes da sociedade civil. Tais discussões proporcionaram a incorporação de conhecimentos técnicos e o desenvolvimento de instrumentos que permitiram

faculdades de medicina. Para tanto, a CINAEM submeteu as escolas médicas a um processo avaliativo que ocorreu em duas fases. Na primeira, buscou traçar o perfil dessas escolas por meio da aplicação de um extenso questionário aos representantes de cada instituição, com perguntas referentes a seguintes questões: infraestrutura material e de recursos humanos, estrutura político-administrativa e econômico-financeira, modelo pedagógico adotado, atividades de pesquisa e extensão existentes e atributos dos médicos formados. Na segunda fase, o processo avaliativo foi aprofundado apresentando informações mais precisas e em maior quantidade no tocante aos itens pesquisados na primeira fase, o que subsidiou a formulação e adoção de uma metodologia que possibilitou identificar e detalhar os componentes indispensáveis para o bom desempenho do médico formado. Os resultados obtidos permitiram as escolas participantes da avaliação, um conhecimento detalhado de sua realidade, mas também revelaram a inadequação da formação frente às necessidades de saúde da população, a manutenção do ensino centrado no professor e a permanência do referencial curativista e superespecializado como orientador da formação médica (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010; MERHY, ACIOLE, 2003).

Diante dessa constatação o CINAEM deu início a terceira fase do processo avaliativo, intitulada “Transformando a Educação Médica Brasileira”, a qual buscou empreender mudanças estruturais nas escolas médicas. Esta fase se diferencia das duas anteriores, porque aquelas foram executadas como projetos de pesquisa, uma vez que tinha o objetivo de formular um diagnóstico, esta visou efetivar mudanças no âmbito político-administrativo e institucional, constituindo-se em um projeto científico, mas também em ação política (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010; MACHADO, 1999). Ao final da terceira etapa, evidencia-se que a CINAEM proporcionou a identificação de gargalos na formação médica e apresentou propostas consistentes para a reformulação do ensino médico, mediante a “construção coletiva de uma proposta de transformação da escola médica sustentada em novos paradigmas capazes de viabilizar a formação do médico adequada às demandas sociais contemporâneas, em geral, e brasileiras, em particular” (MERHY; ACIOLE, 2003, p.60).

Em meados dos anos 1990, os projetos IDA, por não terem gerado impactos significativos no processo de formação em saúde, enfraqueceram-se, e com a criação e implantação dos projetos UNI, identificou-se a necessidade de articulação entre essas duas

a construção de um método avaliativo de caráter científico, o qual foi aplicado na maioria das escolas médicas do país contribuindo para a melhoria significativa da qualidade do processo de avaliação, superando aqueles desenvolvidos anteriormente (MACHADO, 1999).

experiências, uma vez que ambas apresentavam problemas comuns e a resolução dos mesmos poderia se dar de forma conjunta. Além disso, a integração desses projetos e o trabalho em rede tinham como objetivo central a construção de “ambientes mais favoráveis ao amplo desenvolvimento dos processos inovadores” (FEUERWERKER apud CONTERNO, 2013, p.92).

Durante o Seminário Nacional sobre a Formação de Recursos Humanos em Saúde, realizado em Salvador/BA, em julho de 1996, foi promovida a discussão, dentre outros temas, da política educacional de saúde e das estratégias inovadoras de mudança na formação dos profissionais da área com base nas experiências IDA e UNI. Neste seminário também foi debatida a importância da articulação entre os membros da Rede IDA e dos projetos UNI, no sentido de constituírem-se em sujeito político para atuarem ativamente na definição dos rumos da referida política educacional. A partir de então, houve a fusão entre os projetos IDA e UNI dando origem a Rede UNI-IDA. No ano seguinte, após a sua consolidação efetiva, a rede passou a denominar-se Rede Unida (BARBIERI, 2006; CONTERNO, 2013).

A Rede Unida configura-se em um

espaço de troca e divulgação de experiências, de articulação entre universidades e outras instituições de ensino e pesquisa, serviços de saúde e comunidade, constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS, assumindo como sua temática central a formação e capacitação de recursos humanos em saúde (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p.175).

Partindo do pressuposto de que a efetivação das mudanças esperadas ocorreria por meio de uma construção coletiva e articulada, a Rede Unida redefiniu suas atribuições com o intuito de se transformar em um ator político com capacidade para intervir nas políticas públicas de recursos humanos em saúde, particularmente naquelas voltadas para a formação superior. Para tanto, a Rede Unida passou a se fazer presente em eventos importantes da área de saúde, como uma forma estratégica de divulgar as experiências formativas inovadoras dos projetos que a compunham, a fim de reafirmar a necessidade e a possibilidade de mudança na formação profissional. Nessa direção, a Rede privilegiou a construção de modelos pedagógicos, fundados em metodologias ativas, com o objetivo de adequar a formação em saúde aos princípios do SUS (CONTERNO, 2013)

Perseguindo sua estratégia política, a Rede Unida buscou articulação com vários setores e entidades interessados em debater e intervir nas políticas de formação em saúde, também organizou e realizou diversas reuniões, seminários, visitas, propostas, com o intuito de envolver e integrar Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, bem como as entidades vinculadas à formação de recursos humanos em saúde. Ao se inserir em espaços estratégicos e intervir efetivamente no cenário político, a Rede Unida trabalhou em função de produzir propostas que, de fato, desencadeassem mudanças na formação dos profissionais da área. Um dos exemplos de maior destaque dessa atuação se refere ao trabalho realizado pela Rede Unida na elaboração da proposta de diretrizes curriculares para as profissões da saúde e na luta empreendida junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Conselho Nacional de Educação, para garantir sua aprovação (CONTERNO, 2013).

Dessa forma, a Rede Unida se transformou em articuladora dos movimentos de mudança na formação em saúde e exerceu grande influência no processo de formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde.

Todo esse trabalho em torno das diretrizes ampliou a visibilidade da Rede, favorecendo seu reconhecimento como interlocutora para as questões de formação e capacitação de profissionais de saúde, trazendo legitimidade ao movimento, criando possibilidades para continuar a mobilização em favor das mudanças (FEUERWERKER et al., 2000, p. 15).

Após a aprovação das diretrizes curriculares a Rede Unida deu continuidade às ações em defesa das mudanças na formação profissional em saúde. Desde então, vem se destacado como importante articuladora de “projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social” (REDE UNIDA, 2015). Além disso, a Rede Unida visa reafirmar as lutas pela reforma sanitária e a democratização da saúde, com o propósito de fortalecer o SUS, através de mudanças na formação em saúde. Assim,

é desafio da Rede induzir modelos de educação profissional interdisciplinares, multiprofissionais e que respeitem os princípios do controle social e do SUS. E, assim, promover tessituras entre educação, saúde e sociedade a partir da formação de trabalhadores críticos e reflexivos, capazes de realizar leituras de cenário, identificar problemas e propor soluções no cotidiano de sua prática profissional (REDE UNIDA, 2015).

Ceccim e Carvalho (2006) advertem que as iniciativas supracitadas – IDA, UNI, CINAEM e Rede Unida – apresentaram limitações e falhas, contudo, “ainda assim, pode-se falar de uma história dos movimentos de mudança na educação em Ciências da Saúde até a aprovação das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais” (Ibid, p.16).

No campo do ensino, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei 9.394, de dezembro de 1996, veio somar-se aos movimentos de mudança da formação em saúde, uma vez que promoveu a substituição dos currículos mínimos obrigatório para as carreiras, cuja ênfase estava nas disciplinas e carga horária, por diretrizes curriculares, tornando a organização dos cursos de graduação mais flexíveis e favoráveis a implementação de projetos pedagógicos inovadores, como também fortaleceu a integração entre instituições formadoras e serviços e configurou o ensino pautado no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais (COSTA; MIRANDA, 2008).

De acordo com a referida lei, as diretrizes curriculares deveriam ser elaboradas com base nos seguintes princípios:

1)Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas; 2) Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos; 3) Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação; 4) Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa; 5) Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno; 6) Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada; 7) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão (BRASIL, 2001a)

Além do mais, o conteúdo das diretrizes deveria abranger: o perfil do formando, as competências/habilidades/attitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares; acompanhamento e avaliação (op. cit.).

No âmbito do controle social, a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), em dezembro de 2000, pela XI Conferência Nacional de Saúde, também contribuiu para o delineamento de uma nova proposta de formação em saúde. Segundo este documento, a qualidade da atenção à saúde requer a formação de pessoal com novos perfis profissionais e conhecimentos tecnológicos que qualifique tanto a atenção individual quanto coletiva, o que torna imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições formadoras com o SUS e com o modelo assistencial estabelecido nas Leis 8080/90 e 8142/90. Este comprometimento é traduzido na formulação de diretrizes curriculares que abarquem:

as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Esta formação deverá se dar, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino (BRASIL, 2002, p.55).

Seguindo estas orientações (LDB e NOB-RH/SUS), diversas instituições e atores sociais (docentes, estudantes, profissionais, dentre outros) se mobilizaram para debaterem e construir coletivamente as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área de saúde. A publicação das diretrizes dos 14 cursos da área²⁸ (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) ocorreu entre 2001 e 2004. Nelas é reafirmada a articulação entre Educação e Saúde, com vistas a formar profissionais com conhecimentos gerais e específicos, pautados no conceito de saúde e nos princípios e diretrizes dos SUS e com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Com as DCN objetivou-se “construir um perfil profissional e acadêmico com competências, habilidades e conteúdos de acordo com as necessidades atuais da população, bem como para atuarem com qualidade e resolutividade no SUS” (PEREIRA et al., apud, GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010, p.562). A esse respeito, as diretrizes curriculares das

²⁸Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287/1998, as profissões da área de saúde são as seguintes: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; Terapeutas Ocupacionais. Esta lei significou um avanço ao reconhecer legalmente e incorporar ao campo da saúde categorias profissionais que historicamente foram desconsideradas como trabalhadores do setor.

graduações em saúde expressam que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1402). Tal orientação impôs aos cursos e a universidade a necessidade de revisão de suas posturas pedagógicas e de seus currículos de formação.

Para Carvalho e Ceccim (2006) estes três componentes (sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde) são essenciais para o processo de formação, uma vez que podem potencializar mudanças nas práticas de saúde. As alterações pretendidas não se limitam a mudanças na grade curricular e na seleção de disciplinas, embora estas ações integrem o conjunto de mudanças, mas espera-se principalmente que haja transformações nas concepções de saúde e doença.

Os autores alegam que a formação básica ainda apresenta lacunas, uma vez que o ensino sobre o SUS é superficial, e ressaltam a importância dos graduandos conhecerem o sistema de saúde, sua história, seu processo de sistematização, organização e implementação para se comprometerem com ele, pois o SUS direciona a construção de práticas cuidadoras à saúde da população. Também assinalam o necessário desenvolvimento do trabalho em equipe, definido como um “trabalho construído por profissionais de diferentes origens, áreas e níveis de formação, com diferentes perspectivas e formulações sobre as necessidades em saúde” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 173). Ambos os aspectos, na visão dos autores, precisam estar articulados a uma formação profissional direcionada pela integralidade. Segundo Mattos (2001) a integralidade é uma das diretrizes do SUS, estabelecidas na CF/88, que está relacionada ao acesso de toda população ao sistema de saúde e à articulação de todas as ações e serviços (públicos e privados) que conformam o SUS. No entanto, o autor defende a polissemia de sentidos para a integralidade e afirma que esta vai muito além de uma diretriz constitucional, constituindo-se em uma

"bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns [...] desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p.41).

Mattos (2001) afirma ainda que “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”

(Ibid, p. 60) e destaca que “o profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos” (Ibid, p.61-62).

Ceccim e Feuerwerker (2004) expõem que as DCN foram construídas com o intuito de contribuir para a consolidação do SUS e para o rompimento definitivo com o paradigma flexneriano (biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado) respondendo aos desafios atuais presentes tanto na produção do conhecimento quanto na formação das profissões. A superação desse paradigma deve ocorrer para propiciar a reorientação da formação na direção do trabalho interdisciplinar, da incorporação dos princípios do SUS e da alteração dos perfis profissionais para que a estratégia da atenção integral à saúde seja alcançada, fazendo com que “cada cidadão se sinta acolhido, protegido e atendido em suas necessidades” (CECCIM; ARMANI apud ROSSONI; LAMPERT, 2004, p.89).

Costa e Miranda (2008) valendo-se das contribuições de Ceccim e Armani enfatizam que o desafio posto às instituições na contemporaneidade, tem sido o de “formar, na área da saúde, profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, características estas indispensáveis ao profissional que irá atuar em serviços do SUS” (Ibidem, 2008).

Estas preocupações estão expressas nas DCN de alguns cursos da saúde, quando da referência ao perfil do formando egresso ao firmar a necessidade de formar profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos e de capacitá-los para apreenderem e atuarem na complexidade do SUS, assim como reiteram a importância da formação proporcionar o desenvolvimento de competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e assistência integral. Exemplos desta orientação podem ser encontrados nas DCN de cursos como:

Art. 3º O Curso de Graduação em **Farmácia** tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, **com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva**, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002a, grifo meu).

Art. 5º. Parágrafo único. A formação do **Nutricionista** deve contemplar as necessidades sociais da saúde, **com ênfase no Sistema Único de Saúde** (Brasil, 2001b, grifo meu).

Art. 5º A formação do **Cirurgião Dentista** tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

III - atuar **multiprofissionalmente**, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a **garantir a integralidade da assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XXVIII - **trabalhar em equipes interdisciplinares** e atuar como agente de promoção de saúde (BRASIL, 2002b, grifo meu).

Para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e em equipe, as DCN estabelecem como necessário o desenvolvimento de um conjunto de competências gerais, comum a todos os profissionais de saúde, que compreende:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida), tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;

- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Devem também estar capacitados a interagir e se articular com outros profissionais de saúde. Devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura;

- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

- **Administração e Gerenciamento:** os profissionais devem estar preparados a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar preparados a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

- **Educação Permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática profissional. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (REDE UNIDA, 1998, p. 12).

Dentre os 14 cursos de graduação da saúde que tiveram as diretrizes curriculares aprovadas, apenas os cursos de Ciências Biológicas, Educação Física e Serviço Social apresentaram competências e habilidades gerais diferentes das demais graduações. Acredita-se que os motivos que justificam o ocorrido, podem estar vinculados à peculiaridade de cada curso, ou pelo fato de não serem profissões exclusivas do campo da saúde, ou ainda por terem construído processos particulares de discussão sobre as diretrizes curriculares (CONTERNO, 2013).

Ceccim e Feuerwerker (2004) advertem que as DCN consistem somente em orientações para a formação, uma vez que, como exposto na LDB as universidades possuem autonomia para definir, expandir, criar cursos e programas de educação superior, bem como definir suas estruturas. Assim, para que as mudanças nas graduações de saúde sejam consolidadas é imprescindível que as instituições formadoras também se transformem. Nessa direção as DCN estabelecem que os cursos e as universidades revejam suas práticas pedagógicas, seus currículos de formação, bem como as oportunidades de aprendizagem, induzindo mudanças não só na organização dos conteúdos curriculares, como também nos modelos de ensino, na qualificação dos professores e na articulação entre ensino e serviços de saúde.

Diante disso, os autores afirmam que as DCN na área da saúde contribuíram significativamente “para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para a organização de cursos e favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS” (Ibid, p.1404).

Em consonância com o processo de implementação das DCN das graduações em saúde, e particularmente após a aprovação das diretrizes curriculares do curso de medicina, em 2002, foi criado, pelo Ministério da Saúde em parceria com Ministério da Educação e a OPAS, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o qual objetivava adequar a formação médica às necessidades de saúde da população e do SUS. Para tanto, o programa ofertava cooperação técnica para as escolas médicas que aderissem ao processo de mudança dos currículos e estimulava a realização de estágios em hospitais universitários e em serviços de atenção básica à saúde. O PROMED consistiu na primeira iniciativa conjunta realizada pelos Ministérios da Saúde e Educação no que se refere à política de formação para profissionais da saúde (ALVES et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2008).

É importante mencionar que além dos programas mencionados do decorrer desse estudo, no nível técnico e de pós-graduação, também ocorreram iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde sintonizadas com os movimentos indutores de mudança na formação em saúde, tais como: Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família), Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores), Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras), Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), Mestrados Profissionais, Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS, dentre outros (BRASIL, 2004).

Todos esses programas contribuíram para intensificar o movimento por mudanças no processo de formação em saúde, desencadeando, em certa medida, alterações na educação e na produção do cuidado em saúde, e, sobretudo tornou evidente para pessoas e instituições a necessidade de mudar as práticas educativas e as ações e serviços do SUS (CECCIM et al., 2011). Contudo, apesar dos avanços conquistados, tais programas ao serem instituídos de forma fragmentada e desarticulada também tiveram limitações, as quais não permitiram alterar por completo os modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde e nem suscitar, nos diversos atores envolvidos nesse processo, uma postura crítica e reflexiva quanto às suas próprias práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Este panorama, no entanto, começa a ser alterado a partir de 2003, com a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), órgão que compõe a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Com a criação da SGTES o MS torna explícito seu compromisso com a reorientação da formação em saúde, exercendo sua função de gestor federal do SUS no que se refere à gestão do trabalho e da educação na saúde, ao buscar viabilizar a construção de uma política de educação para o sistema vigente. Ao DEGES²⁹ é atribuída a responsabilidade “pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade (BRASIL, 2004, p.6). Para tanto a educação permanente é adotada por este órgão, como uma estratégia indutora de mudanças não só na formação, como também na atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na saúde.

Para a construção da política de educação para o SUS, o DEGES, buscou aporte nas iniciativas anteriores promovidas pelo MS, a fim de promover uma articulação das ações e inserir novos elementos que fossem capazes de gerar impactos nas ações e serviços de saúde visando o referencial da integralidade. Após a definição dos fundamentos da referida política, o DEGES realizou a apresentação, discussão e qualificação da proposta por todo o país.

Após apreciação e negociação junto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e posteriormente pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003. Tal política foi objeto de discussão da 12ª Conferência Nacional de Saúde, sendo avaliada positivamente e legitimada, o que impulsionou a organização da 3ª Conferência de Recursos

²⁹Cabe assinalar que a criação da SGTES viabilizou, no ínterim de 2003 e 2004, a configuração de políticas de reorientação da formação profissional para o SUS, as quais contribuíram, dentre outras ações, para aproximação entre instituições formadoras e sistema de saúde, tais como: o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), em que tornou explícito o reconhecimento do sistema de saúde como locus de ensino e aprendizagem, o AprenderSUS que deu visibilidade ao debate da integralidade como eixo de mudança da formação profissional e o Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, promovida pelo DEGES em parceria com a Rede Unida e a ENSP, cujas diretrizes residiam na “formação profissional orientada por competência, no currículo integrado, no processo ensino-aprendizagem construtivistas, no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e na educação à distância” (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010, p.564). Também foi criado em 2004, o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), o qual vem assumindo papel de destaque como articulador das entidades implicadas com a formação e desenvolvimento dos profissionais da área e constituindo-se em importante espaço de debates da formação em saúde e (DIAS et.al, 2013).

Humanos da Saúde³⁰ que recebeu o nome de Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em que os assuntos referentes à educação na saúde, ganharam destaque tanto no âmbito das análises, quanto no âmbito das propostas para os trabalhadores. Ceccim et al. (2009) salientam que

Definitivamente a política nacional de formação e desenvolvimento entabulou uma aposta na educação que a encetou como um projeto de vida, de cidadania, de autonomia e de trabalho, não mais algo complementar, acessório, penduricalho das políticas de saúde, mas ela própria uma política pública (Ibid, p.163).

A criação da referida política pelo governo federal revela o reconhecimento dos trabalhadores e formadores da área de saúde como protagonistas no processo de consolidação do SUS. Ao ser construída por estudantes, formadores e trabalhadores da área, a política de educação permanente em saúde, é tomada por este grupo “como um tempo de defesa do SUS, de luta por uma saúde perfilada pela integralidade e de ocupação de lugar político” (op. cit).

Fruto de construção coletiva, a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente tornou-se uma política pública do SUS, com a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores para o Setor.

Segundo Ceccim (2005), a criação da política supracitada traduziu “o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (Ibid, p.976). Para o autor esta política inova em diversos aspectos:

³⁰As discussões referentes à formação de recursos humanos na saúde (RHS) ganharam relevância com a 8ª CNS, onde foram debatidas questões concernentes à remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, bem como a urgente adequação da formação profissional às necessidades da população. Este conjunto de questões foi posteriormente aprofundado durante a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada em outubro de 1986, em Brasília, levando a proposição de uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS. Em 1993, foi realizada a 2ª CNRH, nela foram analisadas a saúde do povo brasileiro, o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão do trabalho. No tocante a este último, enfatizou-se a necessidade de regulamentação do ingresso dos trabalhadores no setor via concurso público e da elaboração de plano de cargos, carreira e salários (PCCS) (BRASIL, 2005).

[...] pela formação concreta de uma política de educação na saúde (termo inexistente até então), superando a programação da capacitação e atualização de recursos humanos; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada historicamente e de viabilização extremamente difícil) e ainda, pela interposição de uma nova instância/ novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional) (op. cit.).

Sua originalidade também reside na ênfase dada à educação dos trabalhadores da saúde como uma “ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho” (op. cit.). Nessa direção, vislumbra-se na educação permanente em saúde a capacidade de deflagrar mudanças no trabalho em saúde, de modo que este se torne o lugar de “atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (op. cit.).

A educação permanente em saúde está fundamentada na aprendizagem significativa, o que significa dizer que a

possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005, p.12)

Por meio da educação permanente deseja-se consolidar a integração entre formação e trabalho, de modo que o aprender e o ensinar façam parte da rotina das organizações e do processo de trabalho. Para tanto, os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem considerar as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, a fim de que a problematização das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho possam gerar mudanças tanto nas práticas dos profissionais, quanto no interior da organização do trabalho. Sendo assim, a formação e o desenvolvimento devem contemplar a produção de subjetividade, habilidades técnicas e conhecimentos sobre o SUS. Disto decorre que “transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2004, p.11).

Isto, no entanto, não quer dizer que, a aprendizagem de novos conhecimentos e saberes tecnológicos seja desnecessária num campo de tantas inovações como é o da saúde, porém é importante destacar que a educação continuada realiza-se de forma pontual e acaba por fortalecer a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho. A educação permanente, por sua vez, pode proporcionar mudanças nos espaços de trabalho já que viabiliza formas diferenciadas de educar e aprender, que ultrapassam o tecnicismo e as capacitações pontuais, além de despertar no educando uma participação ativa no processo de aprendizagem, desenvolvendo capacidade crítica e criadora para lidar com os problemas de saúde vivenciados pelas pessoas³¹.

Ceccim et al. (2009) ressaltam que a educação permanente em saúde desconstrói as ações educativas tradicionais de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde para, em seguida, reconstruí-las sob novas bases, a fim de que ocorra envolvimento pessoal, coletivo e institucional com os processos de mudança. Assim espera-se que o processo de ensino-aprendizagem seja realizado no trabalho em saúde, por meio de processos e relações, e não apenas por meio da incorporação de tecnologias ou técnicas, mas mediante a transmissão de um aprender, que não se restringe ao repasse de informações. Os autores afirmam ainda que “a educação permanente em saúde é um processo coletivo e desafiador das realidades, uma vez que coloca o trabalho e o cotidiano sob questão de aprendizagem” e reforçam que “é

³¹As noções de educação continuada (EC) e educação permanente (EP) são permeadas “pela de ideia de processualidade e transitoriedade dos conhecimentos, pelas mudanças no trabalho e pela construção cotidiana da relação aprendizagem-trabalho (RIBEIRO, apud, BATISTA, 2013, p. 101). No entanto, apesar dessas características comuns, tais conceitos se referem a processos de ensino-aprendizagem diferentes. Segundo Paschoal, Mantovani e Méier (2007 p.480) a EC é definida “como o conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência por atributo individual. É um conjunto de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades, para uma mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática”. Oliveira e colaboradores (2011, p.56) complementam que a EC “é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento, é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase no diagnóstico de necessidades individuais”. A EP, por sua vez “parte do pressuposto que a aprendizagem deva ser significativa. Os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde” (OLIVEIRA et.al, 2011, p.54). Os autores afirmam ainda que a EP “segue uma proposta de processo educativo dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos para uma práxis crítica e criadora” (Ibid, p.57). Portanto, segundo Farah (2003, p.5) “tem-se optado por adotar o conceito de educação permanente por entender que o processo de trabalho na saúde é coletivo, e não depende exclusivamente de um saber individual do profissional para dar respostas aos problemas de saúde da população”.

o debate e o conhecimento que transformam aprendizagem em conhecimento” (Ibid, p 176-177).

Com base nessa compreensão, evidencia-se que a educação permanente instituiu uma nova forma de “produzir conhecimento e de pensar a educação e o trabalho” (LOBATO, 2010, p. 31). Enquanto “processos permanentes, as ações educativas devem ser diferenciadas, iniciadas durante a graduação e perpetuadas na vida profissional” (LOBATO, 2010, p. 31).

Avançando na construção de iniciativas indutoras de mudanças na formação em saúde e em virtude de maior articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação, foi lançado, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Tendo por base o PROMED, o Pró-Saúde foi instituído pela portaria 2.101 de 3 de novembro de 2005 e inicialmente abarcou apenas os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, uma vez que estava voltado para a qualificação de profissionais para atuarem na atenção básica, sendo estas categorias profissionais integrantes das equipes de referência da Estratégia Saúde da Família. Contudo, em 2007, com a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com a nova portaria interministerial MS/MEC nº 3.019, o Pró-Saúde é ampliado para os demais cursos da área da saúde, mantendo-se a reorientação da formação com foco na Atenção Primária em Saúde (BATISTA, 2013; COSTA, BORGES, 2015).

Com o Pró-Saúde buscou-se a reversão do tradicional modelo de formação a partir da valorização dos aspectos socioeconômicos e culturais da população. O principal objetivo do programa é “reorientar a formação dos profissionais de saúde, modificando concepções teóricas, metodologias de ensino-aprendizagem e os cenários de prática em saúde, através da integração ensino-serviço” (BRASIL, 2009; CAMPOS, 2001).

Ainda em 2007, em virtude dos avanços proporcionados pelo Pró-Saúde, é criado, pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). O programa foi criado para fortalecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço com foco na atenção básica. O Pet- Saúde visa “a qualificação de estudantes de graduação e de pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização” (DIAS et. al., 2013, p.1618). Como também afirma a necessidade de incentivos aos profissionais e docentes e ressalta a relevância dos serviços se tornarem objeto de pesquisa e fonte de conhecimento para as instituições formadoras.

Dessa forma, o programa tem propiciado uma articulação constante entre os processos de formação e a realidade do SUS, no âmbito da graduação, além de estimular novos métodos de aprendizagem, ao adotar o ensino tutorial e facilitar, nos espaços de produção dos serviços de saúde da atenção básica, a aproximação de alunos e professores de diferentes cursos da área da saúde, incentivando o desenvolvimento de atividades interdisciplinares (COSTA, BORGES, 2015; DIAS et. al., 2013).

Além das experiências evidenciadas que contemplam, sobretudo, a formação nas graduações, o MS desde a década de 1970 tem apoiado e incentivado, através de diferentes iniciativas, a formação no âmbito da pós-graduação em especial *lato sensu*. Este é o caso dos Programas de Residência que desde 2002 passaram a incorporar outras profissões da saúde, extrapolando a área médica. Assim, além dos programas de Residência Médica foram criados, no Brasil, diversos Programas de Residência em Saúde. Neste estudo a ênfase recai sobre os programas multiprofissionais e em área profissional da saúde, particularmente aqueles que abarcam o Serviço Social.

2.2 – Residências em Saúde: processo de formação em serviço para a qualificação de profissionais para o SUS

A Residência é uma modalidade de formação especializada, em nível de pós-graduação *lato sensu*, realizada na forma de treinamento em serviço, mediante acompanhamento e supervisão. Esta modalidade de ensino tem sido utilizada como uma das estratégias para repensar a formação dos profissionais de saúde, uma vez que, a educação pelo trabalho pode propiciar o desenvolvimento de novos perfis profissionais afinados com a integralidade da atenção, princípio norteador do SUS (CECCIM, FERLA, 2003; CECCIM, 2009).

Segundo Ferreira e Olschowsky (2010, p.24) “os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato”, restringindo-se, em seus primórdios, à formação de médicos. No decorrer dos anos, a Residência Médica tornou-se uma atividade de ensino imprescindível para a qualificação desses profissionais, o que levou a corporação médica a reconhecê-la e legitimá-la como “padrão ouro” da especialização médica.

A Residência Médica teve origem em 1879, nos Estados Unidos, no Hospital John Hopkins, onde foi implantada por seus formuladores, os professores Osler e Hausted, “como uma programação destinada ao treinamento dos médicos após a graduação” (HAUBRICH et al, 2015, p.50). Em decorrência dessa experiência, em 1889, foi criada a primeira Residência Médica na área cirúrgica e, em 1900, a Residência na Clínica Médica. Desde então, esta modalidade de ensino propagou-se pelo EUA, e mais tarde, em outros países sendo considerada indispensável para a formação especializada de médicos (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica tiveram início em 1940 e seguiram o modelo americano, “centrado no treinamento de habilidades técnicas nas instituições hospitalares, modelo da clínica tradicional, hegemônico na área da Saúde, o qual foi acentuado com a publicação do Relatório Flexner³²” (Ibid, 2010, p.25). Tais programas foram desenvolvidos inicialmente na Universidade de São Paulo (USP) e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1945 e 1947 respectivamente, alastrando-se, posteriormente, pelo país e consolidando-se na década de 1960.

Nos anos de 1970 a Residência Médica foi reconhecida legalmente pelo Conselho Federal de Educação (CFE) e estabelecida como modalidade de ensino de pós-graduação para formação de médicos, por meio do Decreto nº 80.281 de setembro de 1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Com a Lei nº 6.932, de 7 de junho de 1981, os Programas de Residência Médica passaram a conferir ao médico-residente a titulação de especialista. Além do mais, em virtude do aprendizado proporcionado ao aluno por esses programas, “a Residências tem se destacado como um dos mais produtivos projetos de especialização e aperfeiçoamento na área médica” (LIMA; PORTO, apud, FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010, p. 26). O êxito da Residência Médica impulsionou a criação de programas de residência em outras áreas da saúde.

Nessa direção, assim como a Residência Médica, a Residência em Enfermagem surgiu nos EUA e, anos depois, difundiu-se pelo mundo. No Brasil, a Residência em Enfermagem foi iniciada na década de 1960. Apesar de não possuir regulamentação, o primeiro programa de Residência em Enfermagem foi implantado no Hospital Infantil do Morumbi, em São

³²De acordo com Ceccim (1998), a publicação do Relatório Flexner, em 1910, acentuou a segmentação da Medicina, centrando as noções de saúde em torno das práticas medicalizadoras e no cuidado intra-hospitalar, influenciando a formação e as práticas médicas em todo o mundo ocidental e, em seguida, a formação de todas as demais profissões da área da saúde.

Paulo, em 1961, organizando-se de forma semelhante às Residências Médicas existentes no referido hospital. Em meados da década de 1990, foram realizados pela Comissão Permanente de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) dois seminários, em Salvador, intitulados I Seminário Nacional de Educação em Enfermagem e Seminário Nacional do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CEFEN/COREN) com a finalidade de discutir sobre a Residência em Enfermagem no país. Tais discussões conduziram a elaboração do Anteprojeto de Lei nº 2.264/1996 que criou a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem. No entanto, várias propostas de alterações desse Anteprojeto foram apresentadas, assim como novos projetos foram criados, mas nenhuma dessas propostas foi aprovada no Congresso Nacional, mantendo os Programas de Residência em Enfermagem sem legalização para seu funcionamento (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Ainda na década de 1970, simultaneamente ao desenvolvimento das Residências Médicas e de Enfermagem no país, foi criada, em 1976, o Programa de Residência em Saúde Comunitária, no Centro de Saúde Escola Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). Em 1977, este programa se transformou na primeira Residência Multiprofissional do Brasil, ao apresentar uma configuração que incluía mais de uma categoria profissional, ofertando vagas para médicos, enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários. Esta experiência foi considerada inovadora, pois o seu caráter multidisciplinar é anterior a Conferência de Alma-Ata, marco histórico dos primeiros debates referentes à Atenção Primária em Saúde e ao conceito ampliado de saúde. Além disso, o ineditismo desse programa reside na “valorização do trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação do cuidado prestado à saúde da população na rede básica de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado médico ao corpo biológico” (Ibid, 2010, p. 28). Todavia, no início da década de 1990, em virtude da crise econômica vivenciada pelo país e por motivos políticos, o programa de Residência Multiprofissional da ESP/RS foi extinto, permanecendo somente a Residência Médica. Uma das razões que suscitaram a interrupção do programa, diz respeito à disparidade entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos em relação às demais profissões.

Embora o referido programa tenha sido abortado, o acúmulo político e as experiências pedagógicas obtidas pela ESP/RS no decorrer desse processo histórico, possibilitaram-lhe alguns anos depois, agregar ao Programa de Residência Médica o Programa de

Aperfeiçoamento Especializado, criando a primeira Residência Integrada em Saúde (RIS) do país, fixada em esfera estadual, por meio da aprovação da Portaria nº 16 de 1º de agosto de 1999, pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, retomando assim, seu caráter multiprofissional (FERREIRA, OLSCHOWSKY, 2010; HAUBRICH et al, 2015).

É importante mencionar que além do programa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em meados da década de 1970, surgiram diversas experiências de Residência Multiprofissional no país, que mesmo sem regulamentação específica, passou a ser adotada como metodologia de formação por diferentes áreas da saúde. Segundo Ceccim (2010, p.19):

Essas experiências teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locorregionais – e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais –, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde passou a apoiar e financiar esta modalidade de residência, em 2002, quando foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que embora com configurações diferenciadas, estavam assentadas na “perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde” (BRASIL, 2006, p. 6). Porém, é somente com a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde que as RMS “tornaram-se aposta estratégica do Governo Federal, com incentivo financeiro, ampliação e qualificação dos Programas no Brasil” (LOBATO, 2010, p. 17).

A Política de Educação Permanente em Saúde foi instituída pela Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esta foi criada com a finalidade de propiciar um processo de educação permanente para os trabalhadores, com base nas necessidades de saúde da população e no fortalecimento do SUS e dessa forma, gerar mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004). Dentre os dispositivos construídos para sua efetivação estão as Residências em Saúde.

Nesse contexto, a Especialização em Área Profissional ou com caráter multiprofissional, sob o formato de Residência, ampliaram-se paulatinamente pelo país, sendo regulamentadas no ano de 2005, em função da política de educação permanente em saúde. Ceccim (2010, p.19) salienta que

a formação multiprofissional em serviço se colocaria como estratégia relevante para a conformação de trabalhadores comprometidos e aptos para intervir, com sua ação técnica, política e gerencial pelas mudanças necessárias na produção da saúde.

A Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, em seu art. 13º, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Além disso, explicita em seu parágrafo 1º que esta Residência constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde, e no parágrafo 2º, estabelece que ela será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Esta lei, em seu art. 14º, também definiu a criação, no âmbito do Ministério da Educação, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros do Estado da Educação e da Saúde (BRASIL, 2005c).

Em novembro de 2005, a Portaria Interministerial nº 2.117, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). As RMS são orientadas pelos princípios e diretrizes SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

A regulamentação pelos Ministérios da Saúde e da Educação, da Residência multiprofissional como modalidade de formação em serviço, pós-graduação lato sensu é fundamental no preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS. (Brasil, 2005d, p. 1).

Posteriormente, a Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009, criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, o Programa Nacional de Bolsas para as Residências, bem como dispôs sobre a Residência

Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. De acordo com o art. 1º, as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos (BRASIL, 2009).

A Residência Multiprofissional em Saúde é caracterizada pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, ao passo que a Residência em Área Profissional da Saúde se diferencia pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento (BRASIL, 2012).

A RMS foi projetada para estimular processos formativos que privilegiem “a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a ação multiprofissional e integral, a resolutividade nos serviços de saúde, além do desenvolvimento de projetos de produção de autonomia no cuidado” (FERLA; CECCIM apud LOBATO, 2010, p.34).

Desse modo, a RMS tem sido vislumbrada como dispositivo de transformação das práticas de saúde, ao articular interdisciplinaridade, trabalho em equipe e educação permanente, podendo potencializar não só a formação de profissionais dotando-os de capacidade para atuar de maneira diferenciada no SUS, como também contribuir para a reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO, 2010).

Atualmente, segundo Lobato (2010), as RMS são permeadas por diferentes interesses, disputas de poder e lutas políticas e sociais, constituindo-se em um projeto contra-hegemônico, o que vem requisitando dos sujeitos envolvidos no embate por mudanças na formação em saúde, uma atuação ativa nesse processo, a fim de garantir sua conservação como estratégia na formação dos trabalhadores para o SUS. Nessa direção, as residências favorecem a formação de sujeitos

com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população com habilidades, conhecimentos e atitudes para a elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente (RAMOS et al, 2006, p.379).

Além disso, as Residências “vêm buscando ocupar seu espaço na sociedade, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações contrapondo-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e visando a suprir as necessidades do SUS” (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2010, p. 30).

2.2.1 - Residências em Saúde e Serviço Social: Breves Notas

Atualmente, existem no Brasil, 65 programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com vagas destinadas a assistentes sociais nas cinco regiões do país e apenas um programa de Residência em Área Profissional, o qual está vinculado ao Hospital Universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A maior parte dos programas e, por conseguinte, de número de vagas estão concentradas na região sudeste, seguida da região nordeste, conforme o quadro a seguir:

SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL			
Região	Instituição	Área de concentração	Nº de vagas
NORTE	Universidade Federal do Acre (UFAC)	Saúde da Família	2
	Universidade Federal do Pará (UFPA)	Oncologia Saúde do Idoso	4
	Faculdade de Educação e Cultura Vilhena (UNESC)	Atenção Psicossocial Urgência e Trauma	3
	Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP)	Saúde da Família Saúde Mental Infectologia	5
	TOTAL DE VAGAS DISPONÍVEIS		
NORDESTE	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Saúde do Adulto Saúde do Idoso	4
	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SES/BA)	Saúde do Adulto Saúde da Criança Saúde Mental Oncologia	5
	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SES/BA)	Saúde da Família	7

	Prefeitura Municipal de Sobral (PF/CE)	Saúde da Família Saúde Mental	5
	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SES/CE)	Saúde da Família Saúde Mental Saúde da Criança Infectologia Urgência Oncologia Neonatologia Neurologia Cardiopneumologia	45
	Universidade Federal do Ceará (UFC)	Materno Infantil Transplante	2
	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	Clínica Médica e Cirúrgica Nefrologia Cardiologia Saúde da Criança Saúde da Mulher	5
	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Saúde da Criança e do Adolescente Saúde do Idoso Paciente Crítico	3
	Secretaria do Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE)	Atenção à Saúde Saúde da Família Urgência Cuidados Paliativos	6
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Saúde da Criança Terapia Intensiva de Adultos Materno Infantil	5
	Universidade Federal de Sergipe (UFS)	Saúde do Adulto Saúde do Idoso	4
	TOTAL DE VAGAS DISPONÍVEIS		91
CENTRO-OESTE	Secretaria do Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF)	Oncologia	1
	Universidade Federal de Goiás (UFG)	Materno Infantil Urgência	2
	Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO)	Urgência	2
	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	Saúde do Idoso	2
	TOTAL DE VAGAS DISPONÍVEIS		7

SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

Região	Instituição	Área de concentração	Nº de vagas
SUDESTE	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Saúde da Criança e do Adolescente	2
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	Saúde do Idoso Saúde do Adulto	2
	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	Paciente Crítico Saúde Mental Oncologia	5
	Universidade Federal de São João Del Rey (UFSJ)	Saúde da Criança	1
	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	Saúde da Família Doenças Crônicas Não Transmissíveis Atenção Hospitalar	10
	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	Saúde Mental	4
	Instituto Raul Soares e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	Saúde Mental	1
	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e o Hospital Sofia Feldman	Neonatologia	1
	Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem (FAMUC)	Urgência	1
	Hospital Municipal Odilon Behrens	Saúde da Criança Saúde da Família Saúde do Idoso Saúde Mental Urgência	6
	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH)	Saúde da Família	1
	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro	Saúde Mental	5

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Saúde do Adulto Saúde da Criança Saúde Mental Saúde da Mulher Saúde do Adolescente Saúde do Trabalhador	13
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Saúde do Idoso	2
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Saúde Mental	2
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Saúde da Criança e do Adolescente Saúde da Família Saúde da Mulher Clínica Médica	11
Universidade Federal Fluminense (UFF)	Materno Infantil	4
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)	Saúde Mental	5
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)	Saúde da Criança e do Adolescente	2
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)	Oncologia	6
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Saúde da Família	5
Universidade de Santo Amaro (UNISA)	Emergência e Trauma	4
Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	Materno Infantil Saúde Coletiva Saúde Mental Urgência	5
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Saúde do Idoso Oncologia Saúde da Criança e do Adolescente Saúde Mental Urgência Rede de Atenção Psicossocial	13
Pontifícia Universidade de Campinas (PUC/Campinas)	Saúde da Criança Saúde da Mulher Urgência	3
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais	Síndrome e Anomalias Craniofaciais	7

	da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)		
	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP)	Síndrome e Anomalias Craniofaciais Saúde Auditiva	7
	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)	Saúde da Família Urgência	6
	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PUC/SP)	Cardiologia Cuidados Paliativos Saúde Coletiva Saúde Mental	7
	Universidade de Sorocaba (UNISO)	Saúde Mental	2
	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)	Álcool e Drogas	2
	TOTAL DE VAGAS DISPONÍVEIS		145

SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

Região	Instituição	Área de concentração	Nº de vagas
SUL	Hospital de Caridade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (ISCMC)	Saúde do Idoso	1
	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Saúde da Família	1
	Universidade Federal de Ponta Grossa (UTFPR)	Saúde do Idoso	2
	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Oncologia Saúde da Mulher	2
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Saúde da Criança Saúde Coletiva Saúde Mental	7
	Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Oncologia Álcool e Drogas Controle de Infecções Hospitalares Atenção Básica Paciente Crítico Saúde da Criança	7
	Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)	Saúde Coletiva Saúde do Adulto e Idoso	3

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	Gestão e Atenção Hospitalar Materno Infantil Doenças Crônicas Não Transmissíveis Saúde Mental	6
Pontifícia Universidade Católica (PUC/RS)	Saúde da Criança Urgência	2
Centro Universitário Metodista IPA	Urgência	2
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e o Hospital Santa Cruz	Atenção à Saúde	1
Grupo Hospitalar Conceição	Materno Infantil Oncologia Paciente Crítico Saúde da Família Saúde Mental	14
Escola de Saúde Pública SES RS	Saúde Mental Saúde Coletiva Pneumologia Dermatologia	11
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Urgência Alta Complexidade Saúde da Mulher e da Criança Saúde da Família	8
TOTAL DE VAGAS DISPONÍVEIS		67

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados extraídos do site <http://www.multiresidencia.com.br//>.

Dentre os 66 programas de residência (65 RMS e 01 Residência em Área Profissional) apresentados no quadro acima, 24³³ participaram da pesquisa empreendida pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) em 2012, intitulada “Mapeamento sobre a inserção do Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde” cujos resultados iniciais foram analisados e apresentados por Castro (2013). Tal pesquisa teve por objetivo contribuir para o aprofundamento das discussões em torno da formação em saúde, sobretudo no que se refere à condução do processo formativo dos assistentes sociais nos programas de Residência. Com vistas a conhecer e sistematizar os programas existentes foi realizado um levantamento com questões que versavam sobre “o projeto pedagógico dos

³³ Os 24 programas que participaram da pesquisa da ABEPSS estão inseridos nas regionais leste que retratou a experiência de treze programas; centro-oeste de três; e sul I de oito programas localizados no estado do Rio Grande do Sul.

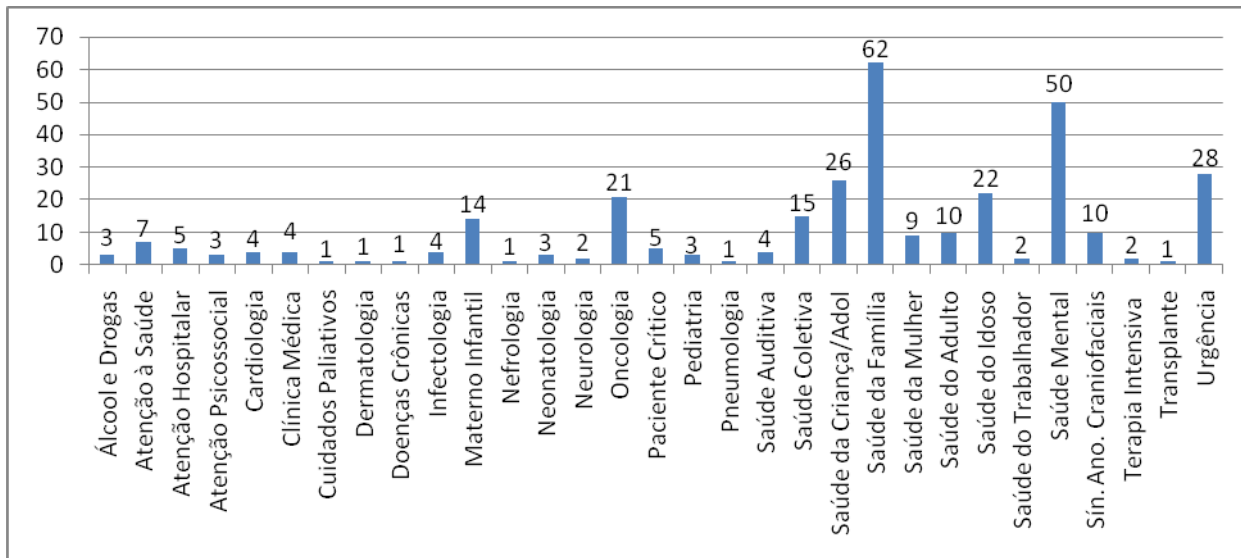
cursos, as áreas de concentração, os sujeitos envolvidos e a relação formação/diretrizes curriculares do Serviço Social (Ibid, 2013, p.154).

Embora a pesquisa realizada pela ABEPSS não contemple os 66 programas de residência existentes, os resultados apresentados auxiliam na compreensão da configuração e organização desses programas, da proposta de formação e orientações pedagógicas, de seus limites e possibilidades, dos conflitos que os perpassam e na identificação dos sujeitos envolvidos. Esses elementos subsidiarão o desenvolvimento da pesquisa proposta neste estudo, tendo por foco os programas de residência, nos quais estão inseridos os assistentes sociais, vinculados ao Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/UFJF). Diante do exposto, utilizei os dados pesquisados, para traçar o panorama dos programas de residência no país, valendo-me da análise realizada por Castro (2013).

De acordo com os dados obtidos pela referida pesquisa, a maioria dos programas de Residência em Saúde com vagas ofertadas para assistentes sociais são da modalidade multiprofissional. Fato este que confirma a configuração do quadro exposto acima. A prevalência dessa modalidade de residência é atribuída, pela pesquisadora, ao Ministério da Saúde que desde o início dos anos 2000, passou a impulsionar a abertura de programas multiprofissionais ancorado no discurso de necessidade de mudanças na formação dos profissionais da área e fortalecimento do trabalho interdisciplinar e coletivo, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, a fim de aprimorar as ações em saúde.

Tais programas apresentam diferentes áreas de concentração, no entanto, Castro (2013) ressalta que os assistentes sociais estão inseridos, principalmente, nos programas com ênfase em Saúde da Criança/Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde Mental. O gráfico a seguir revela que também tem ocorrido uma inserção expressiva desses profissionais em programas com foco em Saúde da Família, Saúde do Idoso, Oncologia e Urgência. Áreas estas que têm sido priorizadas pelo MS.

Áreas de Concentração



Fonte: Elaborada pela autora com base em dados extraídos do site <http://www.multiresidencia.com.br//>.

No que se refere ao número de vagas disponibilizadas pelos programas para assistentes sociais, Castro (2013) contabilizou 105 vagas/ano, porém esse número não corresponde à totalidade dos programas de residência existentes, já que foram analisados somente 24 deles. Tendo em vista que há 66 programas, verifica-se que o número de vagas ofertadas é de 324 por ano. Esse número revela um quantitativo expressivo de profissionais inseridos nos diversos serviços de saúde, uma vez que esse mesmo número de vagas é disponibilizado no segundo ano de residência. Além disso, cabe mencionar que tais programas contam com mais de cem assistentes sociais que exercem a função de tutoria e preceptoria. Os estados da região sudeste, com destaque para Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, são os que ofertam o maior número de vagas, como mencionado anteriormente.

Em relação ao cenário de prática, a pesquisadora identificou que a maioria dos programas é realizado em hospitais, sobretudo universitários, os demais se dividem em Estratégia Saúde da Família (ESF) e atenção secundária. Estes dados também são confirmados no quadro traçado. Mesmo enfatizando o ambiente hospitalar, alguns programas também desenvolvem atividades na atenção básica e secundária, proporcionando ao residente conhecer as particularidades do trabalho em saúde nos diversos níveis de atenção. Já os programas com ênfase em Saúde Mental, desenvolvem suas atividades nos serviços especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs).

Castro (2013) chama atenção para a concentração de programas de residência em hospitais universitários e alega que esse fato pode estar relacionado a dois motivos. Primeiro,

o assistente social não integra a equipe básica do Programa Saúde da Família, o que impossibilita a criação de Residências nesse espaço, uma vez que para tal é indispensável que haja preceptor no serviço. Segundo, com a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de ensino (REUF) instituído em 2010, pelo Decreto nº. 7082, o MS intensificou o incentivo à criação de Programas de Residências nos HU's. De acordo com o art. 2º, parágrafo 1º, inciso IV do Decreto, os HU's devem:

implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde.

Porém, a pesquisadora explicita que o processo de expansão dos Programas de Residência tem sido permeado por um contexto de ofensivas à política pública de saúde, de precarização dos serviços e das condições de trabalho, impactando negativamente a formação em saúde e a qualidade dos serviços prestados. Os principais problemas citados pelos participantes da referida pesquisa foram: subfinanciamento e ataque às políticas públicas de saúde e de educação, ausência de condições de trabalho, sucateamento das instituições e limitação de recursos humanos.

Segundo Castro (2013) todos esses fatores vêm desencadeando alterações na direção social do processo de formação e organização das diferentes profissões de saúde, que tendem a privilegiar a lógica privatista e produtivista, em detrimento do desenvolvimento de atividades de pesquisa e ensino, assim como impedem a garantia de uma formação de qualidade, do cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS e dificulta a disponibilidade de profissionais para atuarem como preceptores de Residência.

Somam-se a esses problemas a fragmentação do trabalho do assistente social que em alguns casos precisa atender vários territórios e não consegue desenvolver um trabalho contínuo, a forma de contratação precária, flexibilizada e sem garantia de direitos trabalhistas de parcela dos trabalhadores da saúde, e para os HU's há o agravante da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que regida pela mercantilização dos serviços, traz implicações para a manutenção do tripé ensino, pesquisa e extensão.

Quanto aos projetos pedagógicos dos Programas de Residência, a Resolução n.2 do CNRMS de 2012, prevê que estes deverão ser direcionados por saberes e práticas específicos de cada profissão articulados a prática multiprofissional e interdisciplinar, contemplando

atividades teóricas, práticas e teórico-práticas. Estas por sua vez, devem ser organizadas da seguinte maneira:

- a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
- c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (BRASIL, 2012, p.2)

Além disso, os programas devem ser conduzidos por estratégias pedagógicas, promotoras de cenários de aprendizagem, organizados em linhas de cuidado na rede de atenção à saúde, com vistas a garantir a formação com base na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Assim, os projetos pedagógicos devem conter “metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (op. cit.).

Por outro lado, o projeto de formação profissional do Serviço Social contido nas Diretrizes Curriculares, estabelece que o assistente social deve possuir capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a:

1. Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; 2. Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país; 3. Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; 4. Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado; 5. Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor (ABEPSS, 1996, p.7).

Considerando que ambos os projetos pedagógicos supracitados são orientadores do processo formativo do assistente social nos programas de Residência em Saúde, Castro (2013) expõe que na pesquisa realizada pela ABEPSS, buscou-se identificar de que forma a vinculação entre os projetos pedagógicos dos Programas de Residência, o projeto profissional e as diretrizes curriculares do Serviço Social se materializa no cotidiano de formação dos

assistentes sociais, a partir da observação de três eixos: “a articulação da formação generalista com o debate da política pública de saúde; a articulação com os demais eixos das diretrizes; e o debate em torno da reforma sanitária” (Ibid, p. 159).

Em relação ao primeiro eixo verificou-se que a formação generalista do Serviço Social contribui para que o profissional tenha um olhar crítico e ampliado sobre as demandas do campo da saúde, articulando-as com as demais políticas sociais. Porém, apontou-se a necessária apropriação das competências e habilidades profissionais para avançar no desenvolvimento de uma postura investigativa e propositiva nos diversos setores da área.

Quanto ao segundo eixo, identificou-se que os demais núcleos das diretrizes curriculares do Serviço Social são trabalhados e privilegiados no campo de saberes específicos do Serviço Social, onde são abordados temas como “a relação teoria/ prática, o projeto ético-político profissional e sua interface com a saúde, o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade” (Ibid, p.161), indicando a importância de se garantir no eixo específico a articulação das dimensões da prática profissional e a capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Por último, o debate sobre a reforma sanitária foi considerado, por todos os programas partícipes da pesquisa, essencial para a compreensão da saúde enquanto direito e para a efetivação de uma política pública consoante com as necessidades de saúde da população. Também foi exposto que o debate da reforma sanitária pode auxiliar na “construção de novas práticas pedagógicas, currículos mais integrados, entre trabalho e formação, permitindo um diálogo entre o ensino e as modificações na área da saúde” (op. cit.).

Os programas contemplam este debate tanto no módulo teórico transversal, quanto nos específicos por meio da discussão de temas que versam sobre a concepção de saúde e de doença, o processo saúde/doença e seus determinantes, os rebatimentos do neoliberalismo nas políticas sociais, dentre outros. No entanto, este debate não ocorre sem conflitos quando discutidos no eixo transversal, sendo visíveis polêmicas entre as diversas profissões quanto à possibilidade de elaborarem estratégias para a efetivação dos pressupostos da reforma sanitária e do SUS.

Apesar dos programas trabalharem os eixos supracitados, Castro (2013, p.162) afirma que ainda é preciso

avançar na construção e implementação do projeto profissional no âmbito das Residências; fomentar o processo de investigação e a capacitação

continuada; articular com a sociedade e os movimentos sociais para o enfrentamento da privatização da política de saúde; reforçar e garantir a articulação do tripé ensino, pesquisa e extensão nos Programa de Residência.

No que diz respeito à organização prática e teórica dos programas, ainda há muitos desafios que precisam ser enfrentados. As Residências em Saúde possuem carga horária de 60 horas semanais divididas em atividades teóricas, práticas e teórico-práticas, com a finalidade de assegurar o ensino em serviço. De acordo com Castro (2013) a pesquisa realizada identificou que os programas têm privilegiado atividades assistenciais e dado pouca ênfase a manutenção do tripé ensino, pesquisa e extensão.

Além disso, parcela dos programas assinalou a dificuldade de realização de plantões, seja porque em algumas instituições o assistente social não desempenha esta atividade, fazendo com que o residente seja alocado em outro espaço, o que por sua vez gera conflitos com os demais profissionais em relação ao cumprimento da carga horária, ou pelo fato de quando realizado, o plantão ainda possuir caráter tradicional, com atividades que não conseguem ultrapassar o atendimento de demandas imediatas.

Outro fator se refere à ausência de atividades relacionadas à inserção do assistente social nos espaços de participação e controle social. Para a pesquisadora a inserção do profissional nos conselhos de saúde é de extrema importância para o processo formativo das Residências, uma vez que estes constituem “um espaço de lutas entre interesses contraditórios que expressam diferentes projetos societários e distintas direções para a política de saúde” (Ibid, p. 163).

Em relação ao trabalho multiprofissional, observou-se que apesar de haver maior proximidade e diálogo entre os profissionais, ainda permanece a dificuldade de se desenvolver uma relação, de fato, multiprofissional e interdisciplinar por diversas razões:

diferenças na compreensão acerca do que é a Residência, do papel dos residentes nos serviços e dos pressupostos da formação em saúde; resistência dos defensores do modelo médico hegemônico em realizar atividades multiprofissionais; e dificuldades de articular o campo específico com o comum, sem que haja a supremacia de uma profissão sobre a outra (Ibid, p.164).

Quanto às estratégias pedagógicas utilizadas pelos programas, verificou-se que estas são variadas para atender aos três módulos – teórico, prático e teórico-práticas. Para tanto são realizadas aulas expositivas, encontros multiprofissionais, seminário integrador, discussão de

caso clínico, grupos de estudo, visita orientada, reunião de equipe, orientações individuais e coletivas, construção de plano terapêutico, participação em eventos, projetos de extensão, incentivo à pesquisa, dentre outros.

Com referência a articulação instituição formadora e serviços para o desenvolvimento das diversas atividades da Residência, Castro (2013) adverte que a pesquisa revelou que a falta de articulação entre essas esferas acarretam situações preocupantes como a necessidade do preceptor também assumir a função de tutor, o que prejudica o desenvolvimento de atividades teóricas. Ademais as instituições de ensino expuseram a necessidade de reconhecimento da pós *lato sensu* e da aprovação dos programas nos cursos de Serviço Social, o que requer definição de atividades e carga horária docente e de docentes interessados em exercer a preceptoria. Em contrapartida, os serviços enfrentam obstáculos quanto à ampliação de profissionais nos serviços de saúde, a precarização das condições de trabalho, a pouca integração entre tutoria e preceptoria.

Dessa forma, a pesquisadora expõe que tais questões incidem diretamente na relação entre tutor, preceptor e residente, que por sua vez, articulam-se ainda de maneira “frágil, sem planejamento ou organização coletiva” (Ibid, p. 166).

No que tange aos hiatos da formação em saúde, a pesquisa demonstrou que alguns assistentes sociais ingressam nos programas de residência sem ter passado por uma graduação que disponha de conteúdos suficientes que lhe dê suporte para decifrar e atuar nas diversas expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos no campo da saúde, e até mesmo com pouco conhecimento sobre o SUS e a reforma sanitária. A falta de conhecimentos específicos pode levar o residente a enfrentar dificuldades no cotidiano do trabalho.

Também foi apontado que o ensino de graduação às vezes apresenta conteúdos desvinculados das diretrizes curriculares e da articulação ensino, pesquisa e extensão. Esses dilemas são vivenciados principalmente por alunos que advêm de instituições privadas, cuja maior lacuna citada na pesquisa é concernente a dimensão técnico-operativa.

A interdisciplinaridade também foi colocada como outro conteúdo que não é contemplado na graduação, pois esta não se materializa no cotidiano docente e nas disciplinas, prevalecendo o ensino de saberes de modo fragmentado, implicando no modo como o residente irá lidar com a equipe multiprofissional. Além do mais, os diferentes processos formativos porque passam os profissionais, tendem a provocar uma disputa por conhecimento e espaço, visto que há diferentes formas de entender e produzir saúde.

Desse modo, para Castro (2013, p.167)

é necessário qualificar o processo político-pedagógico de aprendizagem na graduação e construir um aprendizado sobre saúde que problematize as políticas no atual contexto nacional e local. Deve-se ainda ofertar disciplinas que tenham um trato voltado para a intervenção profissional, possibilitando ao discente “vivenciar” o tripé ensino/pesquisa/extensão na saúde. Os parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde devem ser utilizados como respaldo nos debates teórico-práticos.

Diante do exposto, a autora conclui que a pesquisa realizada pela ABEPSS revelou que os Programas de Residência oferecem contribuições relevantes para qualificar o trabalho nos serviços de saúde e construir o trabalho interdisciplinar. Contudo ainda é preciso aprofundar a discussão sobre a inserção do Serviço Social nesses programas e o processo de formação que estes proporcionam.

Assim, com vistas a contribuir para a discussão e reflexão sobre a inserção do Serviço Social nos Programas de Residência, que reafirmamos a importância da pesquisa proposta nesse estudo que tem a finalidade de analisar a formação profissional dos assistentes sociais nas Residências em Serviço Social da UFJF e a articulação entre o projeto político pedagógico do Serviço Social e o de formação dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

3.1 – As Residências em Saúde do Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS)³⁴ da Universidade Federal de Juiz de Fora

O Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS) de Juiz de Fora tem se destacado no campo das Residências em Saúde por ter sido um dos pioneiros no país na implantação e oferta de programas nessa modalidade de formação. Estes programas foram introduzidos no HU ainda na década de 1970, acompanhando o movimento de expansão do ensino de pós-graduação no Brasil e a ampliação do mercado de trabalho na área de saúde, o que impulsionou os profissionais a buscarem a qualificação no formato de especialização (SHIKASHO, 2013).

Em consonância com o contexto de desenvolvimento e expansão das Residências em Saúde no país, a princípio predominantemente médicas, em 1975 foi realizado o primeiro concurso de Residência Médica no HU, que só foi legalizado como treinamento em serviço pós-graduado em 1977, quando ocorreu a regulamentação das residências médicas no Brasil, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao MEC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

O HU/CAS também assumiu a vanguarda no que se refere à implantação de Programas de Residências em Saúde não-médicos. Apesar de não contar com uma regulamentação específica, esta modalidade de ensino, passou a ser adotada como

³⁴O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora foi inaugurado em 08 de agosto de 1966, sendo denominado Hospital Escola. Inicialmente as atividades hospitalares da UFJF foram instaladas na área física do antigo sanatório Dr. Villaça, situado ao lado da Santa Casa de Misericórdia, onde os pacientes eram internados nas áreas clínicas. Desde 1963, a UFJF havia firmado convênio com a Santa Casa de Misericórdia para utilização das enfermarias, ambulatórios e outras instalações desta, para fins de atividade de ensino das clínicas das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia. Em 1970, o Hospital-Escola foi transferido para o Bairro Santa Catarina, atendendo a doentes carentes e a pacientes do Funrural e do INAMPS, em nível ambulatorial e hospitalar. Em 1994, dada a implantação do SUS, o HU/UFJF passou a integrá-lo, tornando-se o Hospital Universitário de referência para Zona da Mata, sul de Minas e alguns municípios do estado do Rio de Janeiro. A necessidade de um novo ambiente hospitalar, face às inadequadas condições de estrutura física e funcionamento impulsionou a construção do Centro de Atenção à Saúde (CAS), no bairro Dom Bosco, cujas atividades foram iniciadas em 2007. Desde então, o HU/CAS passou a contar com duas unidades: Santa Catarina, onde estão alocados os serviços de internamento, cirurgias e unidade de terapia intensiva e Dom Bosco, onde funcionam os serviços ambulatoriais. Disponível em <<http://www.ufjf.br/hu/hu/institucional/historico/>>. Acesso em 17 de novembro de 2015.

metodologia de formação por outras profissões da saúde. Nessa direção, em 1979 foi criada a Residência em Análises Clínicas, financiada com recursos próprios da UFJF (BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al., 2006).

Com a regulamentação do SUS, na década de 1990, ocorreram mudanças substanciais de caráter político, tecnológico e organizacional na política de saúde brasileira, que por sua vez, demandaram novas formas de organização do trabalho em saúde, em decorrência dos princípios de hierarquização, descentralização e democratização (MOURÃO et al, 2007). Tais mudanças também refletiram no campo da formação profissional, exigindo trabalhadores qualificados para atuarem nos diversos serviços de saúde no âmbito do SUS. Para tanto, foi estabelecido constitucionalmente no art. 200, inciso III, que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Nesse contexto, o processo de implantação dos programas de residência em saúde no país foi intensificado e outras profissões da saúde passaram a ser incorporadas nesta modalidade de formação especializada em serviço (SHIKASHO, 2013).

Seguindo esta dinâmica e em virtude do êxito da Residência em Análises Clínicas, em 1997 foi criada a Residência em Área Profissional da Saúde/Serviço Social Hospitalar a fim de ampliar o espaço de formação do assistente social. O mérito pela criação deste Programa é creditado à Faculdade de Serviço Social da UFJF, pois “havia entre os professores e pesquisadores da área da saúde, [...] um forte compromisso de formar profissionais para lidar com a intrincada relação entre política, economia, qualidade da assistência e gestão dos serviços públicos de saúde (STEPHAN-SOUZA et.al., 2011, p. 65).³⁵

Em 2001, foi implantada a Residência em Área Profissional da Saúde/Enfermagem na Saúde do Adulto. Este programa foi pioneiro no estado de Minas Gerias, em âmbito hospitalar e o primeiro que buscou construir uma proposta de formação diferente daquela preconizada pelo modelo biomédico, marcada pela especialização e fragmentação, pautando-se em uma abordagem direcionada pelos níveis de complexidade da assistência (CARBOGIM et al, 2010).

No ano seguinte, as Faculdades de Medicina, Enfermagem e Serviço Social em parceria com o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), implementaram a Residência em Saúde da Família (RESF). Inicialmente, o programa destinou

³⁵No item 3.2 será apresentado de forma mais detalhada a Residência em Serviço Social Hospitalar, assim como as especificidades do Serviço Social no interior das Residências Multiprofissionais em Saúde do HU/UFJF.

vagas para médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sendo alterado em 2012, quando passou a ser composto por serviço social, enfermagem e odontologia. Atualmente, o programa tem como cenário 02 Unidades de Atenção Primária (UAPS): UAPS do bairro Parque Guarani e UAPS do bairro Industrial.

Em 2003, foi criada a Residência em Área Profissional da Saúde/Psicologia Hospitalar e da Saúde no HU/CAS (SHIKASHO, 2013). O referido programa teve início no ano seguinte e desde então, oferta duas vagas/ano através de processo seletivo. Possui duração de dois anos e é regida por um “programa com conteúdo de natureza assistencial, educativa, administrativa e de investigação científica, de modo a atender às necessidades da população e ao perfil epidemiológico das diversas regiões do país” (VERONEZE et al, 2008, p.20).

A partir de então, vários outros programas de residência de área foram criados: Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (2006); Residência em Economia e Administração: especialização em Gestão Hospitalar (2008) e Residência em Farmácia (2008).

Com a publicação da Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009, que trouxe novas normatizações para os programas de Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde, foi implantado no HU/CAS o Programa de Residência Multiprofissional na Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônicas Degenerativas, composta pelas seguintes profissões: serviço social, enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, educação física, farmácia e análises clínicas. O referido programa foi iniciado em 2010 e tem “como princípio a política do SUS que privilegia a prevenção, com área de concentração em Saúde do Adulto e ênfase nas doenças crônico-degenerativas, recentemente autorizadas pelo MEC” (Ibidem, p.65). Atualmente, as duas unidades do HU/CAS e 03 UAPS dos bairros Vila Olavo Costa, São Pedro e Santos Dumont, constituem o cenário do programa.

Prosseguindo com a apresentação da ampliação do quadro de residências não médicas no interior do HU/CAS, ressaltamos que no ano de 2015, foi criada a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar³⁶ que incorpora as áreas profissionais de análises

³⁶ O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar substituiu a Residência de Área/Serviço Social Hospitalar, finalizada em março de 2016. O término da Residência de Área ocorreu devido à dificuldade da UFJF manter o financiamento do programa nos últimos anos, o que ocasionou problemas no pagamento de bolsas dos residentes. A solução encontrada para este óbice foi criar um novo projeto de residência, de acordo com os moldes preconizados pelo Ministério da Educação, com os programas de área do

clínicas, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. As atividades práticas do programa ocorrem exclusivamente na unidade Santa Catarina.

Por fim, no início de 2016 foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental voltado para áreas de enfermagem, psicologia e serviço social. O programa tem como cenários de prática o HU/UFJF e a Rede de Atenção à Saúde local, particularmente os CAPS/HU-UFJF, CAPS Casa Viva, CAPS álcool e drogas, CAPS infantil e Serviço de Urgência Psiquiátrica/HPS.

Os dados apresentados nos permitem concluir que atualmente o HU/CAS da UFJF dispõe de programas de Residência Médica, Residência em Área Profissional e Multiprofissional em Saúde.

As Residências Médica são ofertadas nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia e Hemoterapia, Medicina de Família e Comunidade, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Reumatologia e Urologia (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

As Residências em Área Profissional em Saúde incluem, como já mencionado, os programas: Residência em Análises Clínicas; Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; Residência em Economia e Administração: especialização em Gestão Hospitalar; Residência em Enfermagem em Saúde do Adulto; Residência em Farmácia e Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde são: Residência Multiprofissional na Saúde do Adulto, Residência Multiprofissional na Saúde da Família, Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar e, o recém criado, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015).

Diante do quadro apresentado pode-se apreender que, atualmente o assistente social está inserido em quatro programas de residência multiprofissional, nas seguintes áreas de concentração: Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto, Saúde da Família e Saúde Mental.

É sobre a inserção do Serviço Social nestes programas que pretendo me debruçar, trazendo à tona a reflexão acerca da articulação entre os projetos pedagógicos dos referidos programas e o projeto ético-político do Serviço Social.

3.2- O Serviço Social nas Residências em Saúde do HU/UFJF

Como mencionado no capítulo anterior, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde são modalidades de formação especializada, em nível de pós-graduação *lato sensu* (Especialização), realizada na forma de ensino em serviço, mediante acompanhamento e supervisão, que proporcionam o aperfeiçoamento em diferentes campos de atuação vinculados a saúde. Estes programas visam formar profissionais para o trabalho multiprofissional nas diferentes linhas de cuidado em saúde, buscando dotá-los de capacidades para responder às necessidades locorregionais e fortalecer a concretização dos princípios e diretrizes do SUS (COREMU, 2012).

Todos os programas de residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde do HU/UFJF estão submetidos à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), órgão responsável pela coordenação, organização, supervisão e acompanhamento de tais programas, assim como da avaliação e condução das atividades desenvolvidas pelos residentes em suas diversas áreas de atuação e avaliação de desempenho dos mesmos (COREMU, 2012).

Compete ainda a COREMU manter a pactuação de todos os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde do HU/UFJF com a Universidade Federal de Juiz de Fora, devendo funcionar afinada às instâncias de decisão formal existentes na hierarquia da instituição, sendo responsável por:

- Coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar todos os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde do HU/UFJF;
- Acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;
- Definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

- A COREMU é responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto à CNRMS;
- A COREMU deverá, por meio de sua secretaria, manter fichário individual dos residentes, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;
- O membro da COREMU que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, sem representação ou sem justificativa de ausência, perderá o direito de voto, somente readquirindo caso esteja presente em 3 (três) reuniões consecutivas posteriores;
- Cabe à COREMU, em última instância, deliberar sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente (COREMU, p.3, 2012).

A COREMU é formada por um colegiado composto por: coordenador da COREMU, vice-coordenador da COREMU, coordenadores de todos os programas de residência multiprofissional e em área profissional de saúde, representante dos residentes, representante do corpo docente/assistencial e representante do gestor local de saúde. Sendo os representantes citados eleitos por seus pares e a coordenação e vice-coordenação eleita pelos membros da COREMU. Os mandatos dos cargos referidos, exceto dos residentes, são de dois anos, contados a partir de sua posse, sendo permitida, em cada caso, uma recondução. Quanto ao residente, o mandato é de um ano com possibilidade de uma recondução. As reuniões da COREMU ocorrem regularmente e tem a finalidade de discutir diversas questões afetas aos programas de residências (COREMU, 2012).

Os programas de residência multiprofissional do HU/UFJF são organizados e operacionalizados de acordo com as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, instituídas pela Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional - CNRMS nº 2/2012.

Esta resolução prevê que os programas terão duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais, devendo ser estruturados a partir de uma área de concentração, ou seja, “um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS”, constituindo-se, dessa forma, em “objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais envolvidos no respectivo programa” (Ibid 2012). O direcionamento das residências deve pautar-se em

estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica

ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (Ibid, 2012).

Para se constituir uma Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deve ser formado, por no mínimo, três profissões de saúde. As atividades que delinham o processo formativo do residente devem totalizar 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, das quais 80% são destinadas às atividades práticas e teórico-práticas, constituídas por ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social; e 20% às teóricas. Estas atividades estão assim definidas:

§ 1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial.

§ 2º Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados.

§ 3º As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial.

§ 4º As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde (Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional - CNRMS nº 5/2014).

A organização das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas de residência devem seguir uma semana padrão que é estabelecida pelo Ministério da Saúde, a qual deve contemplar:

- a) um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- b) um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
- c) eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional - CNRMS nº2, 2012)

Nos programas de Residência Multiprofissional do HU/UFJF estes eixos são trabalhos em três momentos específicos, a saber: módulo teórico transversal, seminário de área e seminário integrador.

O Módulo Teórico Transversal é composto por um conjunto de disciplinas teóricas, direcionadas a todas as áreas envolvidas nos programas de residência multiprofissional, exceto medicina. Nele são discutidos diversos temas como política de saúde; métodos e técnicas de pesquisa em saúde; processo de trabalho em saúde; epidemiologia; planejamento e gestão; ética em saúde; financiamento; educação em saúde e vigilância em saúde. Os encontros são realizados uma vez por semana e reúne todos os residentes dos 04 programas multiprofissionais (Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde da Família e Saúde Mental) existentes no HU/UFJF.

O Seminário de Área são encontros realizados por cada categoria profissional para discutir, juntamente com seus tutores³⁷, questões mais afetas àquela área específica. No caso do Serviço Social, as discussões giram em torno de temas variados, partindo de assuntos mais gerais, como a política de saúde, o trabalho do assistente social na política de saúde, dentre outros, para assuntos específicos, que estão relacionados com a área de concentração de cada programa multiprofissional, como por exemplo, o trabalho do assistente social na atenção hospitalar, na atenção primária e na saúde mental.

As ações desenvolvidas nesse espaço têm o intuito de promover a atualização e qualificação profissional, por compreender que o trabalho do assistente social está vinculado à realidade social e às relações sociais, o que exige do profissional um arcabouço teórico-metodológico que o auxilie a desvendar as contradições existentes na sociedade e na política de saúde. No campo da saúde, o assistente social precisa ter conhecimentos sobre a vinculação entre política de saúde e serviço social, para ter capacidade de empreender mediações efetivas entre as demandas e as repostas profissionais. Dessa forma, qualificar-se e atualizar-se é importante não só para tornar o profissional competente, como também para assegurar o cumprimento de um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional

³⁷ Segundo o Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (2012, p.13) “o tutor faz parte do corpo docente da UFJF. É um profissional experiente, com conhecimentos e habilidades em desempenhar os procedimentos e ações profissionais específicas, com competência pedagógica. Desta forma, cabe ao tutor a função de integrar os conceitos advindos do ensino e da prática profissional. Além disso, o tutor tem a função de mediar e garantir a integração entre as unidades acadêmicas e os serviços envolvidos nos programas de residência”.

que é a garantia da qualidade dos serviços prestados á população (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

Os encontros do Seminário de Área também são semanais e reúnem todos os residentes de Serviço Social de todos os programas (Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde da Família e Saúde Mental), possibilitando que as discussões sejam trabalhadas conjuntamente. Os temas que são debatidos neste seminário são atualizados anualmente, conforme as demandas dos residentes.

O Seminário Integrador consiste em um seminário teórico-prático interdisciplinar, destinado ao debate de conteúdos específicos de determinada área de concentração e a discussão de casos que perpassam o conjunto das profissões envolvidas naquele programa, proporcionando a troca de experiências entre as distintas categorias profissionais, assim como a interlocução e integração entre os diferentes saberes. Por isso, em cada programa (Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde da Família e Saúde Mental) o Seminário Integrador terá uma configuração diferente para atender às peculiaridades daquela residência.

É importante esclarecer que as atividades teóricas supracitadas se articulam as atividades práticas e estão presentes em todos os programas de residências multiprofissionais, em conformidade com as recomendações da Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.

As atividades práticas, guardadas as especificidades da área de concentração de cada programa, são desenvolvidas nos diferentes espaços do HU/UFJF (enfermarias e ambulatórios), bem como nos diversos serviços da rede de atenção à saúde local, sendo acompanhadas pelos preceptores³⁸.

Em síntese, as atividades teóricas e práticas dos programas estão assim estruturadas:

	Manhã	Tarde	Noite
Segunda-feira	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas previamente definidos	Atividades teórico-práticas no formato de aulas expositivas, seminários oficinas contemplando conteúdos do eixo específico de cada área profissional	Plantões semanais segundo escala
Terça-feira	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas	Atividades teórico-práticas no formato de aulas expositivas,	Plantões semanais segundo escala

³⁸ O preceptor é definido como “o profissional experiente, com título de especialista na área de formação, que pertence ao serviço de saúde e que apresenta competência e habilidade clínica, além de capacidade para conduzir o residente no processo de aprender a aprender, estimulando e possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo. Portanto, compete ao preceptor orientar e avaliar o residente, atuando também como guia e modelo” (Ibidem).

	previamente definidos	seminários oficinas contemplando conteúdos do eixo transversal. Laboratório de pesquisa	
Quarta-feira	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas previamente definidos	Seminário integrador	Plantões semanais segundo escala
Quinta-feira	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas previamente definidos	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas previamente definidos	Plantões semanais segundo escala
Sexta-feira	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas previamente definidos	Atividades práticas nos diferentes cenários segundo escala e cronogramas previamente definidos	Plantões semanais segundo escala
Sábado	Plantões semanais segundo escala e cronogramas previamente definidos ou folga semanal ou desenvolvimento de atividades complementares segundo cronograma previamente definido	Plantões semanais segundo escala e cronogramas previamente definidos ou folga semanal ou desenvolvimento de atividades complementares segundo cronograma previamente definido	Plantões semanais segundo escala
Domingo	Plantões semanais segundo escala e cronogramas previamente definidos ou folga semanal	Plantões semanais segundo escala e cronogramas previamente definidos ou folga semanal	Plantões semanais segundo escala

Fonte: Dados da Pesquisa

O residente deverá cumprir a carga horária da residência em regime de tempo integral e não possuir qualquer vínculo empregatício durante o período de realização da mesma, conforme estabelecido pela Lei nº 11.129/2005 artigo 13, parágrafo segundo. Ao residente é fornecida remuneração na modalidade de bolsa no valor de R\$2.976,26 (dois mil, novecentos e setenta e seis reais e vinte e seis centavos), o qual é fixado pelo Ministério da Educação. A cada semestre o residente passará por avaliação de desempenho, a qual deverá conter “caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição” (CNRMS nº 5/2014).

No período de finalização do programa, o residente deverá apresentar trabalho de conclusão de curso, realizado individualmente, com temas que versem sobre a realidade do serviço onde ocorreu a residência. Para obtenção do certificado de conclusão da residência, o residente está sujeito ao cumprimento dos seguintes requisitos:

- I - ao cumprimento integral da carga horária exclusivamente prática do programa;
- II - ao cumprimento de um mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária teórica e teórico-prática;

III - à aprovação obtida por meio de valores ou critérios adquiridos pelos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima ou conceito definido no Regimento Interno da COREMU (RESOLUÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - CNRMS nº 5/2014)

Observamos que os programas de Residência Multiprofissional do HU/UFJF, no que se refere à distribuição das cargas horárias das atividades práticas e teóricas, apresentam uma padronização. Entretanto, devido ao enfoque em distintas áreas de concentração - Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto com ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde da Família e Saúde Mental – tais programas também possuem especificidades e dinâmicas diferentes, as quais serão evidenciadas a seguir.

Para melhor compreensão das particularidades, os programas serão apresentados em dois blocos que se diferenciam pelos cenários de prática. O primeiro diz respeito aos programas cujas atividades são desenvolvidas no âmbito hospitalar, predominantemente, em enfermarias e ambulatórios do HU/UFJF e o segundo se refere àqueles em que as atividades são realizadas nos serviços da rede de saúde local, particularmente, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e nos Centros de Atenção Psicossocial.

1) Cenário de prática: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

O HU/UFJF é composto por uma unidade hospitalar (Santa Catarina) com leitos em enfermarias e Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e uma unidade de atendimento especializado (Dom Bosco) voltada para a atenção ambulatorial de média e alta complexidade. Nesses espaços além da assistência, também ocorre práticas de ensino e pesquisa. Dentre os programas que desenvolvem atividades neste cenário estão a Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas, a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar e a Residência em Área Profissional da Saúde/Serviço Social Hospitalar encerrada em março de 2016.

Considerando que a Residência em Área Profissional da Saúde/Serviço Social Hospitalar finalizou suas atividades recentemente e se constituiu na primeira experiência do Serviço Social nesta modalidade de ensino e; além disso, por ter sido referência para o desenvolvimento de outros programas, não somente de Serviços Social, mas de outras áreas, considerei importante mantê-la no corpo deste estudo. Por esta razão, a apresentação dos

programas que compõe este bloco tem como ponto de partida o referido programa e em seguida as Residências Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas e a Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar.

a) Residência em Área Profissional da Saúde/Serviço Social Hospitalar

As principais motivações que levaram a Faculdade de Serviço Social a implantar o referido programa no HU/CAS foram: a compreensão de que a residência poderia favorecer a ampliação do trabalho do assistente social no HU, uma vez que sua atuação era restrita ao ambulatório e porta de entrada do hospital, a viabilidade de refletir e reexaminar o trabalho do Serviço Social nesta instituição e a possibilidade de aprimoramento e qualificação dos assistentes sociais recém-formados (MOURÃO et al, 2007).

Além disso, algumas razões históricas impulsionaram a Faculdade de Serviço Social a investir na educação continuada de seus graduandos:

Primeira: o campo da saúde é um dos que mais demanda o trabalho dos assistentes sociais; segunda: a formação do Assistente Social é fundamentalmente generalista, devendo ser enriquecida por conhecimentos específicos que respondam aos desdobramentos da questão social, manifesta de diferentes modos nos campos de intervenção; terceira: a formação generalista no Serviço Social abrange um leque de conhecimentos centrados nas Ciências Sociais e apartado das Ciências Biológicas, o que demanda, durante a prática em saúde, a necessidade de incorporar conhecimentos teóricos que diretamente interliguem as discussões do processo saúde/doença relacionadas com as condições sociais (MOURÃO et al, 2007, p.362).

De acordo com Mourão et al (2007) o primeiro desafio posto a implantação da Residência em Serviço Social foi torná-la um programa com total isonomia em relação às Residências Médicas e de Análises Clínicas, ou seja, com mesma carga horária, remuneração e responsabilidades, com base nos modelos prescritos pelo MEC, uma vez que, naquele momento apenas as Residências Médicas eram reconhecidas legalmente. Além do mais, apesar de ser uma residência de área, buscou-se introduzir neste programa “a necessidade de incorporar o trabalho coletivo, potencial, que as profissões carregam de realizar trabalhos conjuntos na área de saúde (Ibidem, p.362).

Aspirava-se que a residência, agregasse na mesma medida, “o *aprendizado* e a *assistência*, em um mesmo profissional, para que esse ao *aprender fazendo*, assegurasse o desenvolvimento do processo de trabalho” (op. cit), a partir da orientação de preceptores, objetivando a qualificação profissional e a especialização em saúde.

Nessa direção, a Residência em Serviço Social Hospitalar surgiu com a proposta de desenvolver atividades de cunho assistencial nos serviços de internação, de ambulatório e de atenção primária, proporcionando ao residente apreender a dinâmica dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, bem como contribuir para a qualificação dos serviços prestados aos usuários, possibilitando o acesso a exames e consultas especializadas via encaminhamentos, desenvolvendo atividades de educação em saúde, de modo assegurar a informação sobre o processo saúde e doença e a efetivação dos direitos sociais. Segundo Stephan-Souza et. al. (2011, p.65) “a intenção fundante era a de fazer da experiência teórico-prática da residência hospitalar um espaço de aprimoramento da formação, tanto em relação à gestão da política de saúde como no processo de trabalho do assistente social na equipe de saúde”.

O referido programa possuía a finalidade de:

formar assistentes sociais em nível de pós-graduação lato sensu, tendo em vista a educação continuada e o conhecimento relativo à saúde; contribuir para a integração dos profissionais dentro de uma perspectiva de interdisciplinaridade e complementaridade entre o conhecimento social e biológico; aprofundar o conhecimento de práticas pedagógicas; estimular a pesquisa; planejar, implantar, intervir e avaliar programas de assistência nas áreas do hospital universitário; ampliar o conhecimento em saúde, capacitar os profissionais para gerar conhecimentos e prestar assistência de referência no hospital de ensino (Ibid, p.72-73).

Compreendia-se que a Residência possibilitava ao Serviço Social não só a apropriação de conhecimentos específicos da área de saúde, como também o compartilhamento, com os demais profissionais da área, de concepções que se fundam no entendimento social e político da saúde. Dessa maneira, o assistente social torna-se disseminador e articulador de dois conhecimentos, que ao propiciar benefícios recíprocos, qualificam a assistência nos serviços, atendendo, de fato, as necessidades apresentadas pela população. Com isso, desejava-se que o programa rompesse com as dicotomias saúde pública/ assistência médica individual, ou prevenção e cura, favorecendo a qualificação da assistência, a fim de que a população consiga compreender o significado do direito à saúde e das desigualdades sociais, o que requer a

valorização das representações que população carrega consigo sobre saúde, doença, serviços de saúde, qualidade e disponibilidade dos profissionais (STEPHAN-SOUZA et. al., 2011).

A Residência em Serviço Social originou-se vinculada a concepção e aos princípios da Reforma Sanitária, quais sejam: controle social, integralidade, universalidade, equidade, descentralização e regionalização. Para que tais princípios sejam efetivados, busca-se articulá-los às diretrizes que visam mudanças na organização dos serviços de saúde, que se expressam no acolhimento, na humanização e no vínculo, sendo estes, portanto, orientadores do trabalho realizado no HU (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

As atividades do programa de residência dividiam-se em teóricas e práticas e seguiam a rotina de trabalho do setor de Serviço Social do HU/CAS, cuja atuação ocorre nas enfermarias, ambulatórios e plantão. Desse modo, o residente era direcionado para vivenciar a rotina de uma das enfermarias – medicina de mulheres e ginecologia, medicina de homens, cirúrgica de homens/mulheres pediatria e centro de tratamento intensivo (CTI), tornado-se responsável pelo usuário durante todo o período de internação e referência de atendimento para seus familiares, bem como para os demais profissionais da equipe de trabalho (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

Para conhecer a realidade de vida do usuário e as possíveis demandas que podiam apresentar, inicialmente, o residente realizava o estudo de prontuário onde são colhidas informações referentes ao histórico clínico, social e familiar do usuário, para em seguida realizar a abordagem social no leito. Tal abordagem, além de conter as informações do estudo de prontuário, abarca questões relativas à situação previdenciária, trabalhista, composição familiar, condições sanitárias, habitacionais, renda, dentre outras, que auxiliam o profissional na identificação de demandas, além daquelas apresentadas pelos usuários, para então, proceder a orientações e encaminhamentos que o auxilie juntamente com seus familiares na resolução dos problemas vivenciados (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

Dentre as diversas demandas que são postas pelos usuários durante a internação, as mais comuns são:

orientações e providências acerca de Internação; retirada de documentos essenciais; contatos com familiares com o sentido de reforço ao tratamento; providências em relação a acompanhamento de pacientes (contato com familiares); orientações previdenciárias/assistenciais: auxílio doença, aposentadoria por invalidez; benefício de prestação continuada de amparo ao deficiente /ou ao idoso/BPC-LOAS; orientação de atestados; orientação de passe-livre; solicitação de transporte de apoio para pacientes; contatos com

instituições para disponibilização de órtese e prótese; violência doméstica; negligência em relação aos idosos ou crianças; contatos com instituições para inserção em algum programa ou serviço; orientação sobre programas governamentais; acompanhamento dos pacientes internados para transplante de medula óssea, na enfermaria medicina de homens (leitos exclusivos) e resoluções acerca das perícias médicas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) entre outras emergentes (STEPHAN-SOUZA et al, 2011, p.74).

Para Mourão et al (2007, p.364),

este trabalho de educação e informação em saúde constitui um dos principais objetivos da Residência em Serviço Social, dada a sua importância na prevenção e promoção da saúde, na divulgação e criação de uma cultura de direitos junto aos usuários do SUS, na reflexão sobre o conceito ampliado de saúde a partir de suas condições de vida

Além dos atendimentos aos usuários nas enfermarias, o residente realizava plantão, supervisão de estágio e coordenação técnica de projetos de extensão. O plantão é o espaço que permite ao residente o primeiro contato com a realidade social do usuário, por meio da entrevista de internação, em que são colhidos dados de identificação e informações referentes à sua realidade socioeconômica buscando identificar possíveis demandas que serão sanadas no atendimento nas enfermarias. Durante esse momento, o residente conduz a preparação do processo de internação, acolhendo o usuário e o orientando sobre a dinâmica do hospital, suas normas, rotinas e serviços que são disponibilizados (BARBOSA et al, 2011).

Além do mais, o período do plantão proporcionava ao residente aproximar-se dos familiares dos usuários durante as visitas por acontecer concomitante a estas, possibilitando ao profissional conhecer as relações estabelecidas entre os usuários e seus familiares, a participação destes no processo saúde e doença, assim como, a apreensão dos familiares quanto ao plano terapêutico a que o usuário estava sendo submetido (BARBOSA et al, 2011).

O residente desempenhava também atividades de supervisão de estágio dos acadêmicos de Serviço Social com o intuito de proporcionar reflexão acerca da realidade institucional, da articulação entre teoria e prática, das possibilidades e limites do trabalho do Serviço Social na instituição, a fim de contribuir para o processo de formação profissional (BARBOSA et al, 2011).

Outra atividade atribuída ao residente era a coordenação técnica de projetos de extensão, os quais se diferenciavam de acordo com cada unidade de internação. Tais projetos

possuíam caráter interdisciplinar e estavam fundamentados na lógica de educação em saúde, fomentando a troca de informações, experiências e vivências entre equipe profissional, usuários e seus familiares (acompanhantes), sendo em sua maioria, coordenados pelo Serviço Social e compostos por bolsistas de diferentes áreas, sobretudo, medicina, serviço social, psicologia e enfermagem (BARBOSA et al, 2011). Todos estes projetos, seja na modalidade de extensão ou de treinamento profissional, possuíam registro junto ao órgão competente da UFJF, a saber:

- “*Momento Cirúrgico: uma perspectiva de atuação interdisciplinar*”, projeto de extensão, realizado na enfermaria Cirurgia de Homens/Mulheres, a equipe de trabalho é composta por Serviço Social, Enfermagem, Medicina e Psicologia;

- “*Fala Mulher – uma proposta interdisciplinar de educação em saúde*”, projeto de extensão, realizado na enfermaria Medicina de Mulheres, conta com a participação do Serviço Social, Enfermagem, Medicina e Psicologia;

- “DST-AIDS: na mira da prevenção”, projeto de extensão, realizado na enfermaria Medicina de Homens, Serviço Social, Enfermagem, Medicina e Psicologia, integram a equipe de trabalho;

- “Assistência Integrada aos Acompanhantes das Crianças Internadas nas Enfermarias de Pediatria do HU-UFJF”, projeto de treinamento profissional, realizado na Pediatria, com equipe composta por Serviço Social, Artes, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia.

O residente também atuava no desenvolvimento de atividades nos ambulatórios de algumas especialidades, tais como: Nefropediatria, Fibrose Cística, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP) e Pneumologia. Além de realizar atendimento de demandas espontâneas e salas de espera³⁹, o residente participava de projetos de extensão ou de treinamento profissional, vinculado aos ambulatórios, juntamente com os profissionais das demais áreas. Os projetos de educação em saúde realizados nos ambulatórios eram: “Atenção Interdisciplinar aos pacientes em Controle de Hanseníase: uma proposta de educação em saúde”; “Viver Melhor: Assistência integral às mulheres no climatério”; “Acompanhamento, Educação e Prevenção em Diabetes Mellitus”; “Projeto de Peito Aberto: programa de

³⁹As salas de espera são espaços de discussões de conteúdos informativos com caráter preventivo, realizadas durante o período em que o usuário e familiares aguardam para atendimento nos ambulatórios (ALVES, 2007).

prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama”, “Programa de Prevenção, Controle e Tratamento do Tabagismo e “Florescer” (BARBOSA et al, 2011).

As diversas atividades desenvolvidas pelo residente durante o processo formativo do programa eram supervisionadas pelo preceptor/docente, responsável por “proceder às amarras teórico-práticas, orientar as pesquisas e elaborar projetos, discutir os casos sociais e as atividades grupais, [...], enfim contribuir para dar organicidade ao processo da Residência (MOURÃO et al, 2007, p.365). O trabalho da preceptoria era complementado e apoiado por coordenadores e assistentes sociais do quadro de funcionários do HU/CAS, alocados nos diversos serviços e projetos nos quais o residente era inserido.

b) Residência Multiprofissional na Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas

A Residência Multiprofissional na Saúde do Adulto ao agregar diferentes profissões de saúde, soma-se às iniciativas que tem a finalidade de impulsionar e fortalecer o processo de formação do trabalho coletivo e interdisciplinar. Nessa perspectiva, o programa pretende “formar [...] novos atores sociais neste campo, interligando os diferentes conhecimentos, no sentido de capacitar para qualificar a assistência e assegurar a busca dos direitos humanos, da inclusão social e da materialidade dos princípios do SUS” a fim de “colaborar na composição do processo de construção de conhecimento e práticas político-assistenciais voltados à demanda qualitativa e quantitativa da saúde regional” (PROJETO PEDAGÓGICO, p. 9, 2009).

Implantada em 2009, no HU/UFJF, o programa agrega as áreas de análises clínicas, enfermagem, educação física, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social, sendo ofertadas 20 vagas anuais, assim distribuídas entre as áreas mencionadas:

Profissão	Vagas
Nutrição	2
Psicologia	2
Educação Física	2
Enfermagem	2
Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	4
Fisioterapia	2

Fonte: Dados da Pesquisa

A área de concentração na saúde do adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas está direcionada para a política de prevenção do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015). Constituem cenários de prática do programa o HU/CAS (unidade de internação e ambulatorios) e três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizadas nos bairros Olavo Costa, São Pedro e Santos Dumont.

O processo formativo do residente conjuga atividades práticas e teóricas, que proporcionam a qualificação nos diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário).

No que diz respeito às atividades práticas, durante o primeiro ano, o residente de Serviço Social juntamente com as demais áreas envolvidas no programa, acompanha as atividades dos ambulatorios do HU/CAS e das unidades de atenção primária à saúde, desenvolvendo diversas atividades, sobretudo, de educação em saúde. O trânsito dos residentes por esses espaços é organizado a partir dos eixos específicos e transversal. Para o cumprimento do eixo específico, o residente de Serviço Social desenvolve atividades nos ambulatorios de Geriatria, Nefrologia, Hemodiálise e Hepatologia. Já os ambulatorios de Hanseníase, Diabetes, DIP e Neurologia e as unidades de saúde, integram os espaços onde os residentes desenvolvem atividades do eixo transversal, cujo enfoque é o trabalho multidisciplinar. A cada semestre os grupos de residentes rodiziam tais atividades, de modo que ao final do primeiro ano, todos tenham vivenciado a rotina de trabalho desses serviços.

No segundo ano, os residentes alternam atividades na atenção primária e na unidade Santa Catarina (internação), onde experienciam, particularmente, a rotina de trabalho do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e das enfermarias masculina e feminina de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), desenvolvendo 06 meses de atividades em cada serviço. Para o cumprimento do eixo transversal, todos os residentes participam de duas frentes de trabalho que são o tabagismo e a terapia nutricional e integram os projetos de extensão de caráter educativo que ocorrem nas enfermarias (*“Momento Cirúrgico: uma perspectiva de atuação interdisciplinar”*, *“Fala Mulher – uma proposta interdisciplinar de educação em saúde”*, *“DST-AIDS: na mira da prevenção”*). As atividades do eixo específico do Serviço Social ocorrem no CTI e na DIP. Importante assinalar, que além de acompanhar as atividades

assistenciais típicas de cada serviço, os residentes também realizam plantões durante os dois anos de residência.

Especialmente na área de Serviço Social os residentes desempenham as seguintes atividades:

Abordagem e análise social com vistas à identificação da condição sócio-econômica, familiar e de acesso ao conjunto das políticas públicas; orientações e encaminhamentos quanto aos direitos sociais (previdenciários, trabalhistas, assistenciais, saúde, educação, entre outros); trabalhar os determinantes sociais de saúde junto aos usuários; identificar e notificar situações de violência e violação dos direitos às autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis; desenvolver ações articuladas para promover acesso ao conjunto dos direitos sociais; articulação com a rede socioassistencial; mobilizar e incentivar os usuários, suas famílias e trabalhadores de saúde para participar de movimentos sociais, fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; participar de fóruns, conferências e conselhos de saúde, contribuindo para a democratização da saúde enquanto direito; construção do perfil sócio-econômico dos usuários para estabelecer estratégias de intervenção coletivamente; supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as Unidades Acadêmicas. articular e/ou melhor combinar novas tecnologias – materiais e não materiais – tendo em vista o aprimoramento do cuidado. As atividades específicas na atenção primária em saúde se desenvolve nas atividades individuais (consultas e visitas), mas também nas atividades coletivas (grupos e visitas transversais) (Projeto Pedagógico, p. 36-38, 2009).

Paralelamente às atividades práticas, são desenvolvidas atividades teóricas, as quais são realizadas nas três ocasiões singulares já mencionadas: Módulo Teórico Transversal, Seminário de Área e Seminário Integrador.

Assim, no Módulo Teórico Transversal os residentes participam das aulas teóricas realizadas semanalmente. No Seminário de Área participam dos encontros semanais, realizados conjuntamente com os residentes de serviço social dos demais programas. No Seminário Integrador, também semanal, participam, juntamente com todos os residentes das diferentes áreas que compõem o programa, de discussões de casos decorrentes do cotidiano de trabalho e de estudo de temáticas relacionadas à área de concentração.

Neste programa o Seminário Integrador é constituído por dois eixos transversais. O eixo do primeiro ano versa sobre a inserção dos residentes nos ambulatorios do CAS e na atenção primária, deste modo, as discussões que são realizadas no seminário abordam conteúdos como: a forma que os residentes estão inseridos nas unidades, apresentação dos

ambulatoriais dos quais participam, discussões de casos, apresentação das áreas e de suas especificidades, dentre outros. No segundo ano, os residentes são inseridos em duas frentes de trabalho que são a terapia nutricional e o tabagismo. Nesse caso, as discussões são direcionadas para o debate de temáticas vinculadas a estas linhas de cuidado.

Tais espaços são organizados no sentido de refletir sobre a prática em serviço, viabilizando dessa forma uma aproximação entre teoria e prática e fornecendo subsídios para uma reflexão crítica do processo de trabalho em saúde.

c) Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar

A proposta de criação da residência em questão está assentada na necessidade de responder às mudanças no perfil epidemiológico da população local, tendo em vista a intensificação de demandas por serviços de atenção especializada e em áreas específicas peculiares da atenção hospitalar, principalmente no campo da diagnose terapêutica, tratamentos clínicos e cirúrgicos, que exigem reabilitação e acompanhamentos psicossociais (PROJETO PEDAGÓGICO, 2014).

Por esta razão, impõe-se a urgência em formar profissionais de saúde com capacidade para lidar com as demandas de maior complexidade, circunscritas a atenção hospitalar, numa perspectiva multidisciplinar, a fim de que este profissional desenvolva competências e habilidades que contribuam para o fortalecimento de práticas de cuidado ampliado, pautadas na integralidade e nas necessidades de saúde do usuário. Deste modo, o programa objetiva:

Formar profissionais éticos, comprometidos com a atenção integral à saúde com potencial para a imediata inserção na Rede de Serviços do SUS, preparados com rigor, científico e tecnológico orientados pelo raciocínio clínico, metodológico e de habilidades das áreas de Enfermagem, Farmácia (incluindo análises clínicas), Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, com competências interprofissionais direcionadas para o trabalho em equipe segundo a clínica ampliada, a assistência humanizada, em suas áreas de atuação, de modo articulado aos demais profissionais de saúde (Ibid, 2014, p. 6).

Deseja-se que os profissionais, ingressantes no programa, desenvolvam uma prática multiprofissional, que os habilite para o atendimento dos indivíduos, famílias e grupos, com a finalidade de cooperar para consolidação da política de Atenção à Saúde, levando em

consideração as doenças e agravos mais prevalentes e incidentes, como é o caso das doenças crônicas (Ibid, 2014).

O programa oferece formação especializada para Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogos, sendo disponibilizadas 15 vagas anuais, divididas em:

Profissão	Vagas
Análises Clínicas	3
Farmácia (Incluindo Farmácia Bioquímica)	2
Fisioterapia	2
Nutrição	2
Psicologia	2
Serviço Social	4

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto às atividades práticas, por se tratar de um programa com área de concentração em Atenção Hospitalar, as atividades se concentram, exclusivamente, nas enfermarias da unidade de internação do HU/UFJF. Assim, a cada 06 meses os residentes do primeiro e segundo ano, rodíziam o trabalho nas enfermarias - medicina de mulheres e ginecologia, medicina de homens, cirúrgica de homens/mulheres, pediatria e centro de tratamento intensivo (CTI).

Em relação às atividades específicas do Serviço Social, observa-se que os residentes desempenham as mesmas atividades previstas na Residência em Área Profissional da Saúde/Serviço Social Hospitalar, uma vez que esta foi substituída pelo programa em questão. Sendo, portanto, a prestação de assistência direta ao usuário no leito, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde por meio dos projetos de extensão (*“Momento Cirúrgico: uma perspectiva de atuação interdisciplinar”*, *“Fala Mulher – uma proposta interdisciplinar de educação em saúde”*, *“DST-AIDS: na mira da prevenção”*), a realização de supervisão de estágio e de plantões. Estas atividades contribuem para o desenvolvimento do programa ao viabilizar:

1. um melhor ordenamento do fluxo dos usuários dentro da Rede de Atenção à Saúde (nas ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas);

2. a realização de trabalhos grupais nas enfermarias e ambulatórios especializados, conjugando estes trabalhos com a rede de atenção à saúde;
3. a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar com os atores envolvidos, buscando soluções criativas para os problemas encontrados, através de um trabalho em equipe para a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento (PROJETO PEDAGÓGICO, 2014, p.42).

Também nesse programa as atividades práticas são interligadas com as atividades teóricas, que são desenvolvidas no Módulo Teórico Transversal, no Seminário de Área e no Seminário Integrador. Importante lembrar que o Seminário Integrador congrega os residentes de todas as áreas que compõe o programa e seus tutores, em encontros semanais, para discussões que enfocam as especificidades da Atenção Hospitalar.

Em geral, espera-se que o programa contribua para qualificar as ações e serviços de saúde de Juiz de Fora, pólo da macrorregião sudeste⁴⁰ de Minas Gerais e se torne referência de atendimento especializado em saúde para 94 municípios, o que requer “um novo conceito tanto na formação profissional quanto no atendimento hospitalar, com exclusividade para a rede SUS (PROJETO PEDAGÓGICO, 2014).

2) Cenário de Prática: Serviços da Rede de Saúde Local

a) *Residência em Saúde da Família (RESF)*

A RESF é uma posposta de articulação ensino-serviço, voltada para a formação de recursos humanos para o SUS, principalmente, para a Atenção Primária. Possui o compromisso de formar profissionais competentes, criativos e resolutivos, para tanto, o processo de formação em serviço está pautado na “reflexão crítica, análise, síntese e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção de conhecimentos baseando-se em metodologias passíveis de provocar mudanças de comportamento profissional e de aplicabilidade imediata nos serviços (PROPOSTA TÉCNICA PARA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA apud MOURÃO et al, 2007, p. 371).

A Residência Multiprofissional em Saúde visa “qualificar profissionais comprometidos com a atenção integral e a construção do trabalho coletivo em saúde,

⁴⁰A macro sudeste comporta 08 microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, 2014-2017).

fortalecendo e potencializando novas lógicas de cuidar e assistir os usuários de saúde” (MOURÃO et al, 2007, p.374).

Particularizando o Serviço Social observamos que, ancorado nesta perspectiva da atenção integral, os assistentes sociais/residentes organizam seu processo de trabalho junto às equipes de saúde, desenvolvendo ações individuais e/ou coletiva. Pauta sua intervenção na perspectiva do direito e da ampliação da cidadania, compartilhando um arcabouço teórico metodológico sobre o processo saúde e doença, que fomenta uma atuação reflexiva e interdisciplinar no cuidado em saúde (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

Da mesma forma que os anteriores, o programa se organiza em eixos teóricos e práticos. No eixo teórico as atividades são concentradas no Módulo Teórico Transversal - comum a todos os residentes-, Seminário de Área - que reuni todos os residentes de serviço social dos diferentes programas -, e no Seminário Integrador. Este último acontece semanalmente nas UPAS e se caracteriza como um espaço de troca, reflexão e discussão de casos e da rotina do trabalho. Participa deste encontro toda a equipe das unidades de saúde.

As atividades práticas, desenvolvidas no interior das UAPS, podem ser agrupadas em:

a) *Assistência aos usuários e famílias* - as atividades são realizadas com base na perspectiva de que estes são portadores de direitos e que o atendimento as demandas deve se pautar nos princípios do SUS. Com estas atividades busca-se compartilhar informações que permitam explicitar o caráter coletivo das demandas, garantir direitos e o acesso aos serviços e estimular a participação popular e a autonomia dos usuários. Assim, nas unidades de saúde os residentes desempenham atividades, tais como:

Atendimento individual e coletivo aos usuários e famílias; encaminhamentos de usuários e famílias a recursos sociais; orientação sobre direitos e benefícios sociais e assistenciais; realização de visitas domiciliares; planejamento e participação em grupos programáticos – Gestantes, SAD, Direitos Reprodutivos, dentre outros (Ibidem, p.70).

Durante os atendimentos, procura-se conhecer as condições de vida dos usuários (composição familiar, situação previdenciária e trabalhista, compreensão sobre seu processo saúde-doença, possibilidades de acesso ao tratamento, dentre outros) e analisá-las, para realizar as orientações, esclarecimentos e encaminhamentos necessários para a resolução das demandas (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

b) *Participação e controle social* - os residentes atuam nos Conselhos Locais de Saúde (CLS), onde desempenham a função de assessoramento dos conselheiros e em projetos de capacitação dos mesmos. Nesses projetos objetiva-se assegurar a democratização das informações, de modo que os usuários se apropriem do conteúdo das discussões e possam, na medida do possível, intervir criticamente em seu cotidiano e lutar por seus interesses.

c) *Levantamento das condições socioeconômicas e sanitárias e pesquisa* - os residentes são incentivados a identificar e analisar os diversos aspectos de vida dos usuários e a influência que estes exercem sobre o processo saúde e doença é primordial, quando se trabalha na perspectiva da concepção ampliada de saúde. São, portanto, estimulados a desenvolver diferentes tipos de levantamento no cotidiano de trabalho das unidades.

d) *Produção de material técnico* - realização de oficinas de trabalho que contemplam a capacitação de conselheiros de saúde. O planejamento e execução dessas oficinas incita a reflexão teórica e a prática criativa dos residentes para a elaboração de metodologias de trabalho em grupo que transforme as oficinas em espaços de discussões e debates (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

e) *Planejamento e organização do trabalho* - os residentes participam de reuniões gerais, onde são debatidos assuntos administrativos; reuniões de equipe, que ocorrem semanalmente e são direcionadas para a discussão de casos, de demandas identificadas pelos agentes comunitários de saúde e de planejamento, e de reuniões do Serviço Social, destinadas para o planejamento das atividades específicas da categoria (STEPHAN-SOUZA et al, 2011).

f) *Educação em saúde* - perpassa todas as atividades do processo de formação dos residentes, sendo um diferencial do Serviço Social na atenção primária em saúde, uma vez que o profissional compreende o processo saúde e doença a partir de uma perspectiva reflexiva, que articula as dimensões psicológicas, culturais e socioeconômicas, e, sobretudo, defende a educação em saúde e o acesso a informação como um direito (STEPHAN-SOUZA et al, 2011)

O processo de formação dos residentes é acompanhado por preceptores acadêmicos e de serviço. Cada categoria profissional que compõe o referido programa possui um preceptor acadêmico que trabalha de forma multidisciplinar e interdisciplinar, para garantir apoio técnico/científico aos preceptores de serviço e aos residentes. Aos preceptores de serviço, profissionais que atuam nas Unidades de Atenção Primária de Saúde da Família, cabe o acompanhamento/supervisão do trabalho desenvolvido pelos residentes, a fim de assegurar o

conhecimento técnico/científico das profissões que compõe as equipes e colaborar para a resolutividade das ações programáticas e emergenciais (MOURÃO et al, 2007).

b) Residência Multiprofissional em Saúde Mental

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental, iniciada em 2016, foi criada com vistas a contribuir com a formação de recursos humanos com qualificação para potencializar o processo de reformulação do modelo assistencial em saúde mental, tendo por base os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Soma-se a esse objetivo a compreensão de que o processo saúde-doença dos indivíduos e coletividades é imbuído de complexidades, o que demanda a formação de profissionais em diferentes áreas da saúde, dotados de competências e habilidades para o trabalho em equipe, o cuidado integral e intersetorial e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (PROJETO PEDAGÓGICO, 2015).

Nos últimos anos, a atenção à saúde mental vem apresentando mudanças substanciais no atendimento de pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas, por meio da oferta de serviços abertos e comunitários, que configuram os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), bem como da construção de uma rede de serviços integrada a diferentes pontos de atenção do SUS. Em decorrência da reformulação da assistência e do processo de desinstitucionalização, faz-se imprescindível a estruturação de linhas de cuidado e de Projetos Singulares Terapêuticos (PTS) que fomentem a reorganização e integração dos serviços com foco nas necessidades dos usuários e no protagonismo dos sujeitos.

Ademais, a Residência em Saúde Mental é decorrente dos avanços da reestruturação da política de saúde mental no município de Juiz de Fora, que desde fevereiro do presente ano foi instituído Pólo de Referência em Desinstitucionalização pelo Ministério da Saúde, atribuindo-lhe com isso a função de formador de recursos humanos nessa área. Assim, o programa enquanto instrumento de educação permanente, somam-se as iniciativas que potencializam a rede de atenção psicossocial no município. Nessa direção, o programa pretende

[...] proporcionar um processo de formação efetivamente integrado a rede de serviços, em que os residentes possam vivenciar uma inserção nos diferentes

pontos da RAPS e compreender a atenção em saúde mental como um contínuo de cuidados que se faz em rede de acordo com as diferentes necessidades em saúde que se apresentam nos indivíduos ao longo do tempo (PROJETO PEDAGÓGICO, p.5-6, 2015).

Para tanto, integram os cenários de prática do programa os CAPS que pertencem à rede de saúde local, em suas diversas modalidades, a saber: o CAPS/HU-UFJF (um CAPS II para adultos), o CAPS ad III (voltado para atenção em álcool e outras drogas), o CAPS Casa Viva III (com funcionamento 24 horas), o CAPSij (para crianças e jovens até 18 anos de idade), Serviços Residenciais Terapêuticos e leitos de Saúde Mental, o Serviço de Urgência Psiquiátrica do Hospital de Pronto Socorro (SUP/HPS) e, as Unidades de Atenção Primária à Saúde, via ações de apoio matricial dos CAPS (PROJETO PEDAGÓGICO, 2015).

O programa é composto pelas áreas de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, sendo ofertadas 03 vagas anuais para cada profissão. Busca-se que os residentes vivenciem a rotina de trabalho dos dispositivos referidos, apreendendo o funcionamento interno, as atividades e peculiaridades de cada serviço, as formas de articulação com a rede e os PTS's como ordenador do cuidado no território e na rede de atenção psicossocial (PROJETO PEDAGÓGICO, 2015).

Para a realização das atividades práticas, os residentes são divididos em pequenos grupos e a cada 06 meses rodíziam a rotina de trabalho dos CAPS HU, CAPS ad, CAPS Casa Viva e CAPSij. Por conseguinte, acompanham os atendimentos aos Serviços Residenciais Terapêuticos que estão vinculados aos CAPS adulto e os trabalhos de matriciamento que todos os CAPS realizam com as Unidades de Atenção Primária à Saúde, a fim de manter o sistema de referência e contra-referência. Concomitante ao rodízio nos CAPS, os residentes também realizam plantões aos finais de semana no Serviço de Urgência Psiquiátrica do Hospital de Pronto Socorro (SUP/HPS) e no CAPS Casa Viva.

Especificamente na área de Serviço Social, os residentes desenvolvem atividades como: atendimentos individuais, visitas domiciliares, visita hospitalar, participação em reuniões de rede, reuniões internas do serviço, reuniões de equipe, atuam como referência técnica⁴¹ e executam grupos com usuários e seus familiares. O desenvolvimento das

⁴¹ A função de técnico de referência é exercida por todos os profissionais de saúde que atuam na assistência aos portadores de sofrimento psíquico, cabendo-lhe traçar e articular o projeto terapêutico do usuário, que por sua vez é construído a partir de uma escuta qualificada do sujeito. (BONTEMPO; RODRIGUES, 2011). O Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (p.16, 2004), recomenda que “cada usuário de CAPS deve ter um

atividades mencionadas ocorre juntamente com os demais trabalhadores do serviço e sob acompanhamento do preceptor de campo. É importante ressaltar que cada CAPS possui uma organização própria e o residente ao se inserir nesses serviços, irá desempenhar as ações que são inerentes ao Serviço Social daquele CAPS.

Assim como nos demais programas apresentados anteriormente, as atividades práticas da Residência em Saúde Mental articulam-se às teóricas, sendo trabalhadas no Módulo Teórico Transversal, no Seminário de Área e no Seminário Integrador. Vale destacar que os encontros do Seminário Integrador reúnem os residentes de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social e seus tutores e/ou convidados para discussão de questões que são comuns a intervenção destas três áreas e de temáticas relacionadas ao campo da Saúde Metal. Tais encontros ocorrem semanalmente.

Espera-se que o programa em questão contribua para a formação de assistentes sociais com habilidades e competências para:

compreender a determinação social do processo saúde/doença de indivíduos e coletividades; atuar na perspectiva da interdisciplinaridade, construindo coletivamente o trabalho em saúde; planejar e desenvolver ações individuais e em grupo direcionados aos usuários e suas famílias na perspectiva da garantia de direitos, acesso a informações, recursos, serviços e benefícios que promovam a saúde e a reinserção social; compreender as políticas sociais atuando na perspectiva da intersetorialidade; atuar na defesa e na garantia dos direitos humanos, fomentando o exercício da cidadania e do controle social; compreender o processo de trabalho em saúde e a atenção psicossocial, identificando a inserção do assistente social nestes campos; desenvolver um trabalho com postura ética, crítica e comprometida com o cuidado integral; estabelecer as correlações teórico/práticas, articulando as dimensões da intervenções (ético-política, técnico-operativa, teórico-metodológica) na especificidade da atenção psicossocial; identificar os pontos de entaves do processo de trabalho e atuar de modo propositivo e proativo na superação das dificuldades (PROJETO PEDAGÓGICO, p.19, 2015).

A Residência em Saúde Mental é uma experiência nova que contribui para a ampliação dos campos de formação, não só de assistentes sociais, mas de outras profissões

projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Sendo assim, é de responsabilidade do técnico de referência “monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço [...]o contato com a família e a avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS” (Ibidem).

que são indispensáveis para o cuidado em saúde mental. A reorientação das práticas nesse campo, demanda a qualificação de profissionais que sejam dotados de um novo olhar para lidar com o sofrimento psíquico e oferecer um cuidado compartilhado, integral e humanizado.

Observando os diferentes programas depreende-se que apresentam distinções entre si e focos de atuação diferentes, proporcionando ao assistente social o aprendizado do trabalho em saúde e de suas peculiaridades nos três níveis de atenção. É certo que os programas mencionados têm se constituído em importante espaço de formação do assistente social no HU/UFJF.

Na perspectiva de adensar o debate em torno das Residências em Serviço Social proponho no próximo item um debate acerca da articulação entre os projetos pedagógicos dos referidos programas e o projeto ético-político do Serviço Social.

3.3 - Propostas de formação do assistente social inscritas nas Diretrizes Curriculares e nos projetos pedagógicos dos programas de residência multiprofissional do HU/UFJF: a construção da integralidade e do trabalho coletivo/interdisciplinar na saúde

As diretrizes curriculares são um instrumento importante no processo de formação profissional, na medida em que asseguram um padrão de qualidade no ensino das graduações e direcionam as diversas áreas de conhecimentos na construção de seus currículos plenos. Mais do que nortear o ensino, as diretrizes curriculares de um curso integram o projeto de formação profissional e expressam um determinado modo de pensar a formação, que está vinculado a concepção que se tem da profissão (SANTOS, 2006). Portanto, nelas estão inscritas o perfil desejado de profissional, assim como o conjunto de conhecimentos, habilidades e competências necessárias para torná-lo capacitado para atuar no mercado de trabalho.

No âmbito da saúde, a formação de recursos humanos é orientada pelas Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação da área de Saúde, que sinalizam a exigência de uma qualificação comprometida com o SUS e direcionada para o trabalho em equipe e para a atenção integral à saúde. No caso do Serviço Social, por se tratar de uma profissão que não é exclusiva da saúde, a formação profissional segue as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social. Estas apontam para uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que proporcione ao profissional a apreensão crítica da realidade, assim

como da dinâmica das relações sociais, geradoras das múltiplas expressões da questão social em diversos campos, dentre os quais a saúde, exigindo do assistente social a construção permanente de respostas para seu enfrentamento.

É importante ressaltar que as Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação da área de Saúde e as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social não se referem a propostas de formação diferentes, pelo contrário, ambas se complementam quando discutimos a formação profissional do assistente social para o setor saúde. Diante disso, pretendo evidenciar as possíveis articulações existentes entre os, já mencionados, projetos pedagógicos dos programas de residência multiprofissionais (RMS) do HU/UFJF que contemplam a inserção de assistentes sociais e o projeto de formação profissional do Serviço Social.

Estes projetos apresentam diversas categorias que são relevantes para o processo formativo em saúde como, por exemplo, universalização do acesso, integralidade, interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, equidade, intersetorialidade, participação social, humanização, linhas de cuidados, projetos terapêuticos, vigilância em saúde, promoção da saúde, centralidade do usuário, autonomia dos sujeitos, direitos humanos, inclusão social, educação permanente, dentre outras, que, de certo modo, estão relacionadas entre si e articulam-se ao processo de construção e consolidação do SUS e a necessidade de reorientação do modelo assistencial em saúde.

No entanto, a análise que proponho realizar está centrada nas categorias integralidade e interdisciplinaridade. Esta delimitação se deve ao entendimento de que tais categorias são balizadoras dos processos de ensino/trabalho realizados nas Residências, tornando-as potencializadoras de mudanças nas práticas e, sobretudo, na formação em saúde, e por isso merecem ser destacadas. Para a discussão das categorias supracitadas, busco primeiramente fazer algumas reflexões teóricas a fim de compreender o significado de cada uma delas, para em seguida examiná-las nas propostas de formação do assistente social contidas nos projetos pedagógicos das RMS e do Serviço Social.

3.3.1 - Integralidade da atenção à saúde

A integralidade da assistência é um dos princípios do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e estabelecida na Lei 8.080/90, artigo 7, inciso II, como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Este preceito aponta para uma nova forma de organização do sistema de saúde, com vistas à superação do modelo biomédico e curativista; bem como para novas práticas de saúde que privilegiem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (interlocação entre a área de saúde e as demais políticas sociais), o que pressupõe a compreensão dos fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde e a importância da realização de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (PEREIRA e SANTOS, 2014).

Mattos (2009) amplia esse conceito ao afirmar que para além de uma diretriz do SUS, a integralidade constitui uma

'bandeira de luta', parte de uma 'imagem-objetivo', um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Ibid, p.45).

O autor explicita que a noção de “imagem-objetivo” tem fundamento em uma perspectiva crítica de transformação da realidade, de mudar o que já existe, sendo um direcionador das mudanças desejadas. Ela comporta objetivos mais amplos, por isso é polissêmica, possui vários sentidos distintos, que de certo modo se correlacionam por terem sido forjados num mesmo contexto de luta. Sobretudo, uma “imagem-objetivo” não determina de forma definitiva como a realidade deve ser, pelo contrário, carrega em si, diversas possibilidades de realidades futuras que podem ser construídas através das lutas daqueles que compartilham críticas e o desejo de superação e mudança da realidade que está posta.

No contexto da Reforma Sanitária, a integralidade configura-se como uma noção repleta de sentidos diversos e heterogêneos. Ela está atrelada, principalmente, a luta pela construção e efetivação do SUS, enquanto um sistema de saúde que assegure o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde. Apesar dos avanços alcançados, o SUS idealizado ainda não se concretizou, há muito por fazer, ainda mais num cenário de cortes de gastos públicos e de difusão de ideologias de algumas agências internacionais que colocam em risco a sua consolidação. Esta luta é contínua, ocorre cotidianamente nos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de gestão, assim como nos espaços de negociação e pactuação entre gestores e naqueles de participação popular (MATTOS, 2009).

Diante disto, Mattos (2009) analisa alguns sentidos assumidos pela noção de integralidade que enquanto “imagem-objetivo” comporta em si características e valores desejáveis para o sistema de saúde, e ao mesmo tempo, aponta a existência de pontos críticos que necessitam de mudanças. Para tanto, o autor destaca três conjuntos de sentidos da integralidade, quais sejam: a integralidade como um traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas de saúde e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos a integralidade se expressa como um valor a ser perseguido e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, isto é, na postura adotada pelo profissional para responder aos usuários que os procuram. Busca-se que os profissionais de saúde tenham uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que são tratados, não se limitando a uma abordagem fragmentada e reducionista, focada apenas nos aspectos biológicos. A integralidade é tecida no encontro, no vínculo, no diálogo que se estabelece com o usuário, o que possibilita ao profissional desvelar outros problemas para além dos sintomas e sofrimentos explicitados. Esta prática proporciona o desenvolvimento de ações preventivas, que tendem a estimular mudanças de hábitos, comportamentos, modo de vida para evitar o adoecimento.

No segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como forma de organização das práticas e serviços de saúde, requer ações programáticas horizontalizadas para atender as necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, os serviços de saúde não devem ser estruturados apenas para gerar impactos epidemiológicos, restringindo-se as ações de prevenção e/ou controle de doenças e agravos, precisam estar organizados para expandir as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população atendida, mediante a articulação entre demanda espontânea e demanda programática.

É importante que os profissionais de saúde tenham um olhar atento para as demandas espontâneas, pois podem ser indicadores de fatores de risco e também uma forma de expressar vulnerabilidades sociais⁴². Assim, ao se apropriar da realidade de vida dos usuários, as equipes e os serviços de saúde podem planejar e reprogramar suas atividades para atender de modo resolutivo às necessidades de saúde da população. Para tanto, é fundamental que haja diálogo e vínculo entre usuário, equipe e comunidade, o que facilita a exposição das

⁴² Risco não pode ser confundido com vulnerabilidade, embora possa se relacionar com ele. O primeiro diz respeito à situações de grupo, ao passo que o segundo é utilizado para a situação fragilizada de indivíduos (JANCZURA, 2012).

necessidades por parte dos usuários e a construção coletiva e participativa de formas de organizar os processos de trabalho em saúde. Nessa direção, a participação social deve ser compreendida como um exercício de cidadania, o que requer que os usuários sejam ouvidos sobre suas condições de vida e possam exercer o controle social, de modo a refletir e problematizar sobre os limites e possibilidades das ações, serviços e política de saúde (HOFFMANN, 2011).

Por último, o terceiro conjunto de sentidos da integralidade diz respeito à conformação de algumas políticas específicas, denominadas especiais. A integralidade se apresenta como um atributo das respostas governamentais a determinados problemas de saúde, ou àqueles que afetam a grupos específicos, o que demanda uma visão ampliada do sujeito que é alvo da política de saúde, bem como a incorporação de ações preventivas e assistenciais para responder a tais problemas.

Mattos (2009) salienta que esses conjuntos de sentidos da integralidade, fazem menção a diferentes aspectos – prática dos profissionais de saúde, organização dos serviços, respostas governamentais aos problemas de saúde – que em certa medida se assemelham e se articulam, mas que independentemente do sentido que a integralidade venha assumir, importa destacar que ela “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (Ibid, p.65).

Ao refletir sobre a integralidade Cecílio (2009) afirma que a sua construção exige reconsiderar a organização do processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novos saberes e práticas em saúde. Esses aspectos são analisados pelo autor a partir das necessidades de saúde, com base no potencial que elas possuem de auxiliar trabalhadores, equipes, serviços e redes de saúde a dispensar uma atenção humanizada e qualificada àqueles que buscam cuidados de saúde.

As análises de Cecílio estão ancoradas nas contribuições de Stotz (1991) que ao estudar as necessidades de saúde, identificou que

- a) Embora a Saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher.
- b) As necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes.
- c) As necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual.
- d) Necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo

isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de uma forma genérica (CECILIO; MATSUMOTO, 2006. p.1)

Baseando-se nesses fundamentos, Cecílio e Matsumoto (2006) propõem uma classificação das necessidades de saúde sistematizada em quatro grupos: o primeiro conjunto diz respeito a “ter boas condições de vida”; o segundo se refere a “ter acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida”; o terceiro concerne à “necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação)”; e o quarto e último conjunto corresponde a “ter autonomia no seu modo de levar a vida” (a construção do sujeito).

Essa classificação denota que a integralidade deve ser trabalhada em várias dimensões, de modo que a sua totalidade seja atingida. Nesse sentido, Cecílio (2009) salienta que a integralidade se processa tanto no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, quanto na sua articulação com uma rede de serviços de setores distintos, tendo em vista que as tecnologias necessárias para melhorar e prolongar a vida estão presentes em um vasto conjunto de serviços, o que torna imprescindível a intersetorialidade.

Em decorrência desse entendimento o autor apresenta os conceitos de “integralidade focalizada” e “integralidade ampliada” como dimensões da atenção integral. Na primeira dimensão, a integralidade é compreendida como resultado “do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” (CECILIO, 2009, p.119). O conceito de integralidade focalizada remete a atuação de uma equipe no espaço delimitado (focalizado) de um serviço de saúde, seja um centro especializado, uma unidade de atenção primária ou um hospital. No encontro com o usuário a equipe de saúde deve ter o compromisso de se atentar para uma escuta qualificada das necessidades de saúde trazidas aos serviços, pois são sempre complexas e nem todas explicitadas, cabendo ao profissional decifrá-las. Assim, o autor enfatiza que

Cada atendimento, de cada profissional, deve estar compromissado com a maior integralidade possível [...] A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde (CECILIO, 2009, p.120-121).

Em contrapartida, o autor adverte que por melhor que seja a equipe de saúde, a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas, a integralidade nunca poderá ser plenamente efetivada no espaço singular dos serviços de saúde. Essa assertiva remete a segunda dimensão da integralidade: a integralidade ampliada, pensada em rede.

Nessa visão, a integralidade ampliada se realizaria por meio de uma boa articulação entre os serviços, “cada um cumprindo a sua parte”, por compreender que ela nunca ocorre num lugar só, uma vez que para garantir a melhoria das condições de vida dos usuários faz-se necessário a utilização de diferentes tecnologias de saúde, que estão distribuídas em uma rede diversificada de serviços, o que demanda uma atuação intersetorial.

Assim o autor explana o que designa “integralidade ampliada”

esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro” (CECÍLIO, 2009, p.123).

Dessa maneira, radicaliza a ideia de que

cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua “complexidade”, está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (Ibid, p.124).

Isto posto, depreende-se que o autor apresenta uma definição da integralidade da atenção baseada nas necessidades de saúde. Estas, por sua vez, constituem objeto central das práticas em saúde, e só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual porque são construídas/determinadas social e historicamente.

Portanto, é no plano das práticas que se constrói a integralidade, o que significa dizer que ela se realiza tanto no âmbito da formulação e gestão das políticas de saúde, quanto nas relações que se criam entre os usuários e os profissionais e destes com os serviços

(PINHEIRO; MATTOS, 2007). Assim a integralidade existe em ato, ela se faz presente nas práticas que valorizam o cuidado (PINHEIRO, 2001).

Diante do exposto, podemos concluir que a integralidade não se apresenta apenas como uma concepção, ela é considerada como um dispositivo instituinte das práticas de saúde, gestão e formação na área de saúde. Concordamos com Camargo Júnior (2003, p.40) ao expor que “a integralidade não deva ser transformada em um conceito, mas um ideal regulador, um devir [...] Vê-se, portanto, que, num paradoxo, a integralidade é ao mesmo tempo inalcançável e indispensável”.

No que diz respeito ao processo de formação do Serviço Social o debate sobre a Integralidade é norteado pela teoria crítico-dialética e encontra centralidade na perspectiva da totalidade. Esta é uma categoria ontológica que representa o concreto e a síntese de múltiplas determinações, no sentido de que a apreensão de um determinado objeto ocorre pelo conhecimento de suas partes e de seu todo de maneira recíproca. Em termos lukacsianos a totalidade não é o somatório das partes, mas “um complexo constituído de complexos subordinados”, na medida em que “cada parte desse complexo constitui-se num outro complexo que se articula aos demais por meio de múltiplas mediações” (PONTES, 2012, p.8).

A mediação para Pontes (2012, p.2) é “a categoria central da articulação entre as partes de uma totalidade complexa, e é responsável pela possibilidade da passagem entre o imediato e o mediato”. O autor assinala que esta categoria possui dupla dimensão: *ontológica*, porque pertence ao real, e *reflexiva*, pois elaborada pela razão. Dessa forma, compreende-se que a mediação constitui uma via de apreensão do real que se processa por meio de sucessivas aproximações, que para além de um processo reflexivo, consiste também e inevitavelmente, em um processo prático-concreto.

No processo de intervenção do Serviço Social a mediação permite a construção e reconstrução do objeto sobre o qual incide a ação profissional a fim de transformá-lo, propiciando ao assistente social uma atuação crítica e transformadora face às demandas que são postas para a profissão. Estas, por sua vez, não se apresentam da maneira como realmente são, com todas as suas complexidades, cabendo ao assistente social, por meio da mediação, do movimento de sucessivas aproximações com o real, desvelar suas aparências. Á vista disso, importa salientar que o conhecimento da totalidade (realidade) nunca se dará em sua plenitude devido a sua dinamicidade, porém é possível se aproximar dela gradativamente (CAVALLI, 2009).

A categoria mediação oferece contribuições à intervenção do assistente social ao proporcionar a compreensão dos fenômenos não como fatos isolados, mas como integrantes de um complexo social que é atravessado por determinações econômicas, políticas, ideológicas, culturais, dentre outras (CAVALLI, 2009).

A perspectiva crítico-dialética foi incorporada pelo Serviço Social no decorrer dos anos 1980 e 1990, tornado-se o referencial teórico-metodológico e ético-político da profissão, consolidando-se no Projeto Ético-Político do Serviço Social. Este ganhou materialidade por meio do Código de Ética profissional, da Lei de Regulamentação da profissão e das Diretrizes Curriculares para a formação profissional em Serviço Social. Estes componentes construídos e adotados pela categoria profissional expressam o modo de ser da profissão, sendo orientadores da formação e do trabalho do assistente social.

3.3.2 - Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade é um termo polissêmico, ainda não há um consenso entre os autores sobre o seu significado e finalidade, mas em geral, ela tem sido apresentada como uma forma de superar a fragmentação e a excessiva especialização dos saberes, decorrentes do desenvolvimento da sociedade, sobretudo a partir do século XIX. Tal período é marcado pela hegemonia do positivismo como paradigma do saber no mundo moderno, e uma das consequências geradas por este pensamento no campo da produção do conhecimento, é o isolamento das disciplinas. A partir da década de 1950, a interdisciplinaridade enquanto uma forma de produzir ciência, ganha relevância diante da necessidade de se construir uma proposta epistemológica de caráter interdisciplinar (GOMES; DESLANDES, 1994).

No campo do ensino, a fragmentação do conhecimento se faz presente na formação dos profissionais de diferentes áreas de saber. A partir da década de 1960, esta fragmentação passa a ser reconhecida como entrave e a interdisciplinaridade surge como uma alternativa a ela. No Brasil, os primeiros estudos relevantes sobre a interdisciplinaridade surgiram na década de 1970 e tiveram como expoentes os autores Hilton Japiassu e Ivani Fazenda.

Nas análises realizadas por Hilton Japiassu, o autor destaca a necessidade do cientista/pesquisador ter uma postura interdisciplinar, de caráter crítico, no sentido de que deve pensar a produção do conhecimento na sua totalidade, e não como um fragmento da realidade. Nesse sentido, para Japiassu a interdisciplinaridade é compreendida como um

método, caracterizado pela “intensidade das trocas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um projeto específico de pesquisa” (Japiassu apud Souza; Souza, 2009, p.118), que se processa por meio de uma relação de interdependência e de reciprocidade, que por sua vez, não deve ser confundido como simples troca ou repasse de informações.

Os estudos de Ivani Fazenda se concentram no campo das práticas pedagógicas. Segundo a autora a interdisciplinaridade trata-se de “uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”, a autora vai além ao enfatizar que o diálogo é a “única condição de possibilidade da interdisciplinaridade” (FAZENDA, apud, HAAS, 2011, p.57).

Sendo assim, a interdisciplinaridade está fundada na sensibilidade, intersubjetividade, integração e, sobretudo na interação, sendo esta a dimensão de sua efetividade, uma vez que proporciona a integração dos conhecimentos e a produção de novos questionamentos e com isso a busca por respostas. Nesse sentido, a autora ressalta que a “interdisciplinaridade não se ensina, nem se aprende, simplesmente vive-se, exerce-se, e por isto exige uma nova pedagogia, a da comunicação” (FAZENDA, apud, SAMPAIO et al, 2010, p.82).

Nessa direção, “a interdisciplinaridade exige que cada especialista ultrapasse os seus próprios limites, abrindo-se às contribuições de outras disciplinas” (Ibidem). Por isso ela é uma questão de atitude que não tem a pretensão de invalidar as contribuições de cada ciência em particular, antes é uma atitude que visa impedir a predominância de determinada ciência sobre a outra. Deste modo,

O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do Saber; deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para contribuições de outras disciplinas. Toda Ciência seria complementada por outra e a separação entre as Ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos (SAMPALIO, 2010, p.83).

Portanto, a interdisciplinaridade constitui-se em um trabalho partilhado, em que sua construção se efetiva mediante a valorização da interação das disciplinas científicas, de seus conceitos, diretrizes, metodologias e procedimentos (SAMPALIO, 2010).

Importa mencionar que com base na compreensão dos diferentes níveis de integração que poder ocorrer entre os saberes e as profissões, a interdisciplinaridade tem recebido denominações diversas, como pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Esses termos são utilizados para denotar um grau crescente de coordenação e cooperação que se estabelece entre as disciplinas. Sampaio et al (2010) apresentam a síntese elaborada por Fazenda para explicitar a diferenciação existente entre os termos mencionados, descrita da seguinte forma:

Por multi e pluridisciplinaridade, entende-se uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa mesma disciplina, atingindo-se, quando muito, o nível de integração de métodos, teorias ou conhecimentos. Na interdisciplinaridade, teríamos uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de co-propriedade, possibilitando o diálogo, onde as diversas disciplinas levam a uma interação, a uma subjetividade, condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar. A transdisciplinaridade seria um nível mais alto das relações iniciadas nos níveis multi, pluri e interdisciplinaridade. A multi e a pluridisciplinaridade constituem etapas para a interação e para a interdisciplinaridade (Ibid, p.83).

Depreende-se do exposto, que a interdisciplinaridade diz respeito à colaboração que pode se estabelecer entre as disciplinas ou entre os diferentes setores pertencentes a uma mesma ciência. O termo surge como uma crítica a educação fragmentada e contribui para reflexões sobre o ensino na atualidade.

Nesse sentido, Fazenda (apud Sampaio et al, 2010, p.84) ressalta que a interdisciplinaridade pode ser colocada em prática de diversas formas:

- como meio de conseguir uma melhor formação geral;
- como meio de atingir uma formação profissional;
- como incentivo à formação de pesquisadores e à pesquisa;
- como condição para uma educação permanente;
- como superação da dicotomia ensino-pesquisa;
- como forma de compreender e modificar o mundo.

Entretanto, a autora adverte que somente no momento em que as intuições se esvaziarem de seus hábitos cristalizados e se propuserem a buscar novos objetivos, com base na compreensão de que as ciências possuem limitações em seus aportes teóricos, que se criará um ambiente favorável a interdisciplinaridade. De outro ângulo, no que se refere às pessoas, a superação de barreiras para a efetivação da interdisciplinaridade se coloca como um desafio

ainda maior se concebermos que estas são fruto de preconceito, formação inadequada e comodismo, o que requer a ultrapassagem de obstáculos psicológicos, culturais e materiais (SAMPAIO et al, 2010).

A autora conclui que “somente através de uma nova pedagogia, a da comunicação e, em consequência, a formação pedagógica adequada, junto com uma metodologia, que considere seus pressupostos, a interdisciplinaridade terá condições de se concretizar” (FAZENDA, apud, SAMPAIO et al, 2010, p.84).

Trazendo as discussões da interdisciplinaridade para o campo da saúde, percebemos que ela ganha destaque como uma forma de apreender determinadas situações ou problemas por meio da integração e articulação de diferentes saberes e profissões, contribuindo para uma intervenção conjunta, que tende a equiparar saberes e relações de poder, assim como reconhecer o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional (SOUZA; SOUZA, 2009).

Minayo (1991) ao refletir sobre a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública ressalta que os profissionais de saúde por possuir como objeto de trabalho a saúde e a doença em seu contexto social, defrontam-se com um problema fundamental:

nenhuma disciplina por si só dá conta desse objeto, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico, que em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (Ibid, p.70).

A autora explicita que é pelo fato de haver uma relação intrínseca entre os aspectos sociais, psicológicos e biológicos do processo saúde-doença que a Saúde Pública torna-se um campo complexo, o que demanda “uma abordagem interdisciplinar que seja capaz ao mesmo tempo de preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa de cada área envolvida e de articular os fragmentos do conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos” (Ibid, p.71).

Contudo, é somente a partir da década de 1980, com o conceito ampliado de saúde que se impõe a necessidade de novas formas de abordagem para a produção do conhecimento e para a intervenção prática, que possam contribuir para o desafio de efetivar o acesso universal, a integralidade e a equidade numa rede de serviços adequada às necessidades de saúde da população, o que supõe a interdisciplinaridade no trabalho em saúde (SCHERER; PIRES, 2009).

Já mencionamos neste estudo, que a fragmentação e a especialização do conhecimento são características do modelo biomédico que historicamente tem predominado na área de saúde, por isso a centralização no médico, nas especialidades e no elevado número de procedimento. Por esta razão a interdisciplinaridade tem sido apontada como um caminho para superação desse paradigma e o trabalho em equipe como uma forma de efetivar a integralidade das ações e a melhoria da qualidade dos serviços (COSTA, 2007).

Segundo Peduzzi (2001, p.103) o trabalho em equipe “consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” possibilitada pela comunicação. A partir desse conceito a autora evidencia que em virtude da dinâmica e do grau de interação estabelecido entre os profissionais, o trabalho em equipe pode assumir características diferentes, configurando-se em “equipe agrupamento” ou “equipe integração”. O primeiro conceito se refere à equipe cujo cotidiano de trabalho se funda na sobreposição das ações e na simples aglutinação dos profissionais, sendo marcada pela fragmentação; de maneira oposta, o segundo conceito demarca a interação dos profissionais e a articulação das ações em saúde em consonância com a proposta de integralidade.

Compreende-se que o trabalho em equipe busca produzir mudanças nas práticas de saúde ao viabilizar a articulação das ações de saúde e dos trabalhadores, para garantir assistência e cuidado que atendam de modo “ético, técnico e comunicacional” às necessidades de saúde dos usuários. Embora cada área profissional tenha suas especificidades quanto aos saberes e técnicas que os caracterizam, os diversos trabalhos especializados, advindos do processo de divisão de trabalho em saúde, mantêm uma ligação entre si, sendo, portanto, complementares e interdependentes. Peduzzi (2007, p.161) destaca que

o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe.

Tal integração, porém, requer que cada profissional e todos de forma compartilhada, empenhem-se na promoção da articulação das ações, uma vez que estas não ocorrem de forma espontânea no cotidiano de trabalho. Em função disso, é necessário que o profissional tenha discernimento e clareza das conexões presentes nas intervenções realizadas, não só pelo

processo de trabalho que executa, mas também pelas ações que são desenvolvidas pelo demais integrantes da equipe (PEDUZZI, 2007).

A atitude de reconhecimento e valorização do trabalho do outro, tende a estabelecer ligações que se fazem pela mediação da linguagem, da comunicação entre os profissionais e destes com os usuários. Essa prática comunicativa e ética impulsiona os integrantes da equipe a buscarem entendimento mútuo e a se portarem em conformidade com um “projeto assistencial comum” de trabalho. Este posicionamento revela ainda, uma apreensão do processo saúde-doença em suas várias dimensões, o que pressupõe a integralidade da saúde (PEDUZZI, 2007).

A integralidade da saúde é, portanto, a principal justificativa e motivação para o trabalho em equipe, que se coloca como alternativa ao trabalho individualizado e fragmentado. Contudo, percebe-se que o exercício da prática multiprofissional no cotidiano dos serviços permanece subordinado ao modelo biomédico e as diversas profissões de saúde ao profissional médico. Esta tradição gera empecilhos para a incorporação de diferentes saberes provenientes das diversas áreas de conhecimento, assim como para a atuação na perspectiva da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade (PEDUZZI, 2007).

Para além da integralidade, o trabalho em equipe tem sido demandado também pelos novos modelos de gestão que se contrapõem “à rígida divisão do trabalho, à fragmentação das tarefas e à despersonalização do trabalho, e ao aumento da demanda da população pelos serviços” (Ibid, p.3). Esses fatores têm impulsionado a gestão dos serviços a buscar meios para racionalização de recursos, reforçando uma cultura organizacional de cunho financeiro e de mercado. Disto decorre que o trabalho em equipe de saúde possui uma dupla funcionalidade: “por um lado, responder às necessidades de integração das disciplinas e das profissões com vistas a atenção integral à saúde e, de outro, racionalizar a assistência médica” (Idem). Por esse motivo, é importante ter clareza da racionalidade que impera o trabalho em equipe de saúde, de maneira a distinguir se é executado fundamentado no modelo biomédico ou direcionado pela integralidade e interdisciplinaridade da saúde.

Gelbcke et al (2012) ao refletirem sobre o trabalho em equipe multiprofissional e sobre a interdisciplinaridade, utilizam o mosaico e o caleidoscópio respectivamente, para demonstrar que assim como essas figuras são delineadas pela junção de diferentes fragmentos, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar também é constituído, por um lado, pela fragmentação das disciplinas que integram as diversas profissões que atuam na área de

saúde e, por outro, pelos diferentes saberes que se articulam para formar um novo conhecimento, uma nova ação, um novo fazer.

Dessa forma, as autoras assinalam que o incentivo a vivência multiprofissional e interdisciplinar pode contribuir para a ampliação do campo de competências por meio da troca de saberes, levando a melhoria da qualidade da atenção à saúde, sem se desconsiderar as especificidades e saberes próprios de cada profissão ou especialidade. Além disso, o trabalho em equipe requer a dissolução das disputas de poder e dos conflitos, no sentido de respeitar a autonomia de cada profissão e de reconhecer as contribuições que cada uma pode ofertar.

O trabalho em equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar “pode expressar a possibilidade de integração das disciplinas científicas, pois elas se apóiam e se operacionalizam em tecnologias que se refletem no fazer cotidiano” (COSTA, 2007, p. 109). Quando compreendido como um processo, o trabalho em equipe reclama ponderar os papéis, as relações de poder e os conteúdos instituídos. Para isso, a comunicação é o meio fundamental para promover a articulação entre as disciplinas e saberes.

Gelbcke et al (2012) alertam que para a realização do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar há que se atentar para alguns fatores como:

o perfil profissional e as funções e responsabilidades de cada um dos envolvidos, compartilhar informações, discutir os procedimentos e condutas, visando re-situar os problemas no conjunto da estrutura e organização do trabalho. Para tanto, a negociação e o estabelecimento da comunicação permanente se fazem necessário, o que representa a construção de uma ética reflexiva sobre as decisões e os atos que se realizam nos serviços de saúde (Ibid, p.35).

A criação de espaços de discussões, trocas, conversas e problematizações do cotidiano do trabalho em equipe tende a potencializar a integração, a democratização e a horizontalização das relações de trabalho. Todavia, esses aspectos, somente, serão revigorados se a construção do trabalho em equipe for orientada pela lógica da integralidade e do cuidado em saúde, acarretando mudanças nos processos de trabalho e na organização dos serviços (Peduzzi, 2007).

Nesse sentido, o trabalho em equipe vai além da presença de diferentes profissionais de saúde no mesmo espaço de trabalho, pois requer a partilha de saberes, projetos, poderes e vontades, contribuindo para a formação de parcerias e responsabilização coletiva do trabalho, avançando numa perspectiva interdisciplinar (SOUZA et al, 2011).

Diante do exposto, importa ressaltar que os aspectos relacionais (reconhecimento do outro, encontro dialogado, cooperação, valorização do conhecimento técnico do outro, relações mais horizontais, trabalho coeso em torno de um objeto comum) não são os únicos fatores que impedem a construção do trabalho em equipe. Aliados a estes estão os fatores de ordem organizacional, que são decorrentes das mudanças do mundo trabalho e que se configuram, de modo geral, como problemas enfrentados pelo trabalho em saúde, com destaque para: “degeneração dos vínculos, destituição dos direitos dos trabalhadores, precarização das condições de trabalho, dificuldade na organização e relações sociais de trabalho em conformidade com a gestão que se apresenta de forma tradicional” (SANTOS-FILHO, 2007, p.1).

Assim, os limites e as possibilidades de construção do trabalho em equipe na saúde não dependem apenas da postura dos profissionais. Desenvolver competências para o trabalho em equipe multiprofissional é importante e demanda a revisão dos processos de formação, assim como a promoção de formação técnico-profissional e de educação permanente (GELBCKE et al, 2012). Contudo, há que se considerar as implicações geradas pela cultura organizacional das instituições de saúde e a necessidade de investimentos no setor (infra-estrutura, salários, vínculos, direitos, etc) para a efetivação do trabalho em equipe.

3.3.3 - Integralidade e interdisciplinaridade nas propostas de formação profissional das Residências e do Serviço Social

As reflexões teóricas realizadas sobre as categorias integralidade e interdisciplinaridade oferecem subsídios para identificar de que modo elas se apresentam nos projetos pedagógicos dos programas de Residência e no projeto de formação profissional do Serviço Social e, a partir de suas expressões, evidenciar em que medida estas propostas de formação se correlacionam.

- a) A Integralidade nas propostas de formação profissional das Residências e do Serviço Social: possíveis articulações.

O referencial teórico apresentado evidencia claramente que a integralidade é densa de significados. Do ponto de vista legal a sua conceituação aponta para a organização da

assistência, por meio da articulação de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. Por outro lado, a integralidade sinaliza a necessidade de mudanças no processo de trabalho, na formação, na gestão e no planejamento em saúde, colocando como imperativo a construção de novos saberes e práticas em saúde. Dentre os sentidos atribuídos à integralidade, observados ao longo das reflexões teóricas, no âmbito desse estudo destaco duas dimensões: da assistência à saúde e do exercício profissional.

A assistência à saúde é compreendida no sentido da organização dos serviços e da articulação das ações, o que demanda a intersetorialidade. E o exercício profissional, como uma prática não fragmentada, com uma visão abrangente dos sujeitos, das dimensões do processo saúde-doença e das necessidades de saúde que apresentam, o que implica uma escuta qualificada, o reconhecimento de sua autonomia e o estímulo a participação social.

Quando analisamos os projetos pedagógicos dos programas de residência (RMS), observamos que estas dimensões da integralidade se apresentam da seguinte forma:

Dimensões da Integralidade	RMS
1- Assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Identificar, permanentemente, grupos de risco na comunidade, programando suas ações individuais e coletivas</i> segundo este perfil epidemiológico (Saúde da Família) - <i>Conhecer e atuar na rede institucional da saúde</i> e possíveis alternativas de recursos sociais, articulando e promovendo <i>propostas de ação integradas</i> para a melhoria constante da qualidade de saúde da população (Saúde da Família e Saúde do Adulto) - <i>Introduz também uma visão ativa da intervenção em Saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se assim em instrumento real de reorganização da demanda</i> (Saúde do Adulto) - <i>Articular cenários institucionais que compõem a RAS, considerando-se as necessidades de cuidados dos usuários e o potencial de resolubilidade conforme a organização hierarquizada da atenção (primária; secundária e terciária)</i> (Atenção Hospitalar) <i>Apoiar a implantação e implementação de políticas de saúde no cenário locorregional, como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Domiciliar</i> (Atenção Hospitalar) - <i>Integralidade – no sentido de garantir a saúde a todos, através de ações voltadas tanto para a redução do risco de doenças e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação</i> (Atenção Hospitalar e Saúde Mental) - <i>Articular os diferentes pontos de atenção que compõem a rede de atenção psicossocial, considerando-se as necessidades de cuidados dos usuários</i> (Saúde Mental)
2 - Exercício Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Atuar em conjunto com os movimentos populares e as lideranças comunitárias locais, com vistas a contribuir tecnicamente para o fortalecimento das iniciativas</i>

	<p>populares no processo de promoção e manutenção de sua saúde (Saúde da Família)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir, aplicar e avaliar informações, habilidades e atitudes na prática de saúde que possibilitem a realização de <i>atendimentos individuais, na sua área de formação básica, de forma integral, sempre contextualizando o indivíduo em seu meio familiar, cultural e social</i> e de forma multiprofissional e interdisciplinar (Saúde da Família e Saúde do Adulto); - <i>Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde</i> e visualizá-lo como <i>agente co-responsável</i> pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença (Saúde da Família e Saúde do Adulto); - <i>Responsabilização com as dimensões do cuidado e acompanhamento do fluxo dos usuários</i> em todos os níveis de complexidade do sistema (Saúde do Adulto) - Especializar profissionais da saúde, na lógica da formação em serviço, com vistas ao <i>exercício profissional de qualidade nas linhas de cuidado integral à saúde</i> em consonância com os princípios do SUS e ênfase nas necessidades locais (Saúde do Adulto) - Desenvolver a dimensão da <i>prática humanizada</i> associada à competência técnica, ética, investigativa e propositiva (Saúde do Adulto) - Torna-se imprescindível que a formação dos profissionais de saúde tenha como base os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, na forma da universalização do acesso, do <i>atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade</i> (Atenção Hospitalar e Saúde Mental) - Pretende-se que os profissionais estejam aptos a <i>entender a multiplicidade das necessidades expressas pelos/as usuários/as dos serviços</i> (Atenção Hospitalar e Saúde Mental). - Humanização – investir-se-á na compreensão da diversidade do humano, buscando possibilidades de interação com diferentes modos de ser e viver, valorizando as experiências, as capacidades para o conhecimento e o desenvolvimento do novo. A prática cotidiana do fazer saúde requer dos profissionais o <i>conhecimento do ser humano</i> levando a um compromisso existencial para entender e valorizar o humano, <i>na perspectiva de que os indivíduos são responsáveis pelo seu próprio cuidado e pelas decisões que tomam sobre suas vidas</i> (Atenção Hospitalar e Saúde Mental) - Formar profissionais [...], <i>comprometidos ética e politicamente com a política de saúde mental</i>, com potencial para a imediata inserção na Rede de Atenção Psicossocial do SUS, com habilidades e competências no campo da clínica ampliada, do <i>cuidado integral</i>, do trabalho em equipe e capazes de <i>atuar na garantia e na defesa dos direitos humanos</i> (Saúde Mental) - Proporcionar ao residente a vivência concreta nos <i>diferentes pontos da rede de atenção psicossocial</i>, em especial os CAPS nas diferentes modalidades, buscando <i>fortalecer as concepções de rede, linhas de cuidado e projetos terapêuticos singulares</i> (Saúde Mental)
--	---

Fonte: Dados da pesquisa

Os fragmentos selecionados nos revelam que a assistência à saúde é abordada pelos programas de RMS (Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto, Saúde da Família e Saúde Mental) a partir de enfoques diferenciados.

Em relação à RM em Saúde da Família a ênfase recai sobre a *programação das ações individuais e coletivas tendo por base a identificação dos grupos de risco*. Esta abordagem coaduna com a perspectiva da Integralidade como forma de organização das práticas e serviços de saúde, apresentada por Mattos (2009), segunda a qual, os serviços devem planejar e reprogramar suas atividades para atender de modo resolutivo às necessidades de saúde da população, articulando demandas espontâneas e programáticas. Além disso, cabe mencionar que as atividades de prevenção e promoção da saúde são características da Atenção Básica, daí o destaque na identificação de fatores que colocam a vida da população em risco e dos problemas de saúde prevalente; no atendimento contínuo de demandas espontâneas e programáticas, voltadas para as ações de promoção à saúde e a necessidade de articulá-las às ações intersetoriais para responder aos problemas identificados.

Soma-se a esta perspectiva o entendimento da Integralidade como uma *rede institucional* que permite o desenvolvimento de *ações integradas*, o que nos remete a intersetorialidade, ou seja, a articulação da saúde com as demais políticas sociais. Esta compreensão vai ao encontro do conceito de “integralidade ampliada” discutido por Cecílio (2009), o qual afirma que para garantir a melhoria das condições de vida os usuários precisam fazer uso de diferentes tecnologias de saúde, que estão distribuídas em uma rede diversificada de serviços.

Na RM em Saúde do Adulto, a Integralidade também assume estes dois sentidos: intersetorialidade que se estabelece no trabalho em rede e organização interna dos serviços, que ocorre por meio da *reorganização da demanda*.

Quanto a RM em Atenção Hospitalar o conceito de Integralidade se aproxima da definição desse princípio inscrita no artigo 7º da Lei 8.080/90, ao compreendê-la como a articulação de *ações voltadas tanto para a redução do risco de doenças e de outros agravos, quanto às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*. Aliado a esta perspectiva, a Integralidade aparece também no sentido de intersetorialidade, ao se referir à *RAS (rede de atenção à saúde) organizada em níveis hierárquicos de atenção*, porém traz uma ideia restrita, ao mencionar, apenas, a articulação entre os diferentes serviços de saúde, dando a entender que a complexidade do adoecimento do usuário que direcionará seu trânsito pelos serviços da área. Outra perspectiva que ganha relevo diz respeito à *implantação e implementação de políticas de saúde locais*. Tal abordagem está em conformidade com o sentido de Integralidade exposto por Mattos (2009) como a criação de políticas

especiais pelo Estado para atender determinados problemas de saúde, ou àqueles que afetam a grupos específicos, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção Domiciliar, a política de controle de DST/AIDS e hepatites virais, dentre outras, que articulam ações preventivas e assistenciais que buscam atender não só as particularidades do sujeito alvo dessa política, como as demais necessidades que apresenta.

No tocante a RM em Saúde Mental, a Integralidade se apresenta tanto como a *articulação de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação*, quanto uma *rede de atenção psicossocial* composta por diferentes pontos que se articulam. Segundo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, compõem a RAPS: unidades básicas de saúde; consultório na rua, centros de convivência, centros de atenção psicossocial nas suas diferentes modalidades, serviços de urgência psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos, que em conjunto ofertam ações variadas para atender, de forma contínua, às necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou decorrentes do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. O funcionamento desses serviços segue algumas diretrizes, dentre as quais, a articulação da RAPS com ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, ou seja, da conjugação da política de saúde mental com as outras políticas sociais (assistência social, previdência, educação etc.), o que nos leva a depreender que a Integralidade é abordada nesse programa com o sentido de intersetorialidade.

Do ponto de vista do exercício profissional, os fragmentos apresentados nos indicam que as RMS, em geral, concebem que a Integralidade se efetiva na forma como os profissionais se portam para atender os usuários que demandam os serviços de saúde. Mattos (2009), ao tratar da Integralidade nas práticas profissionais, afirma que ela se expressa na postura assumida pelo profissional no trato com os usuários. Esta se caracteriza por uma visão ampliada dos sujeitos e de suas necessidades, que por sua vez, só é possível quando o profissional estabelece diálogo e vínculo com o usuário, podendo dessa forma, identificar outros problemas para além dos explicitados.

Assim, pode-se inferir que as RMS compartilham a compreensão de que a Integralidade consubstancia-se no compromisso ético-político que os profissionais firmam com os usuários, a fim responder de forma competente à suas necessidades, direcionando-se por valores emancipatórios assentados na garantia da autonomia e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que o usuário deseja ter.

Nas RM em Saúde da Família e Saúde do Adulto a Integralidade se processa pela prática profissional que se pauta em uma apreensão ampliada dos sujeitos, *contextualizando-os em seu meio familiar, cultural e social*, o que significa considerar a influência dos determinantes sociais na saúde; assim como no reconhecimento de sua autonomia ao compreendê-lo como *sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e agente co-responsável* pelo seu processo saúde-doença.

Com base nesse princípio a RM em Saúde da Família enfatiza o envolvimento dos profissionais em atividade que contribuem para o fortalecimento da participação social, como a *atuação em conjunto com os movimentos populares e as lideranças comunitárias*, que se constitui em um dos meios de luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade.

As RM em Atenção Hospitalar e Saúde Mental ressaltam a importância de uma formação profissional fundamentada nos princípios do SUS, destacando-se a *universalização do acesso, do atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade*. Tais fundamentos contribuem para que os profissionais materializem a Integralidade em suas práticas ao tornarem-se capazes de assimilar a *multiplicidade das necessidades expressas pelos/as usuários/as dos serviços*.

Alinhando-se a essa perspectiva, a RM em Saúde Mental assinala que a formação de profissionais *comprometidos ética e politicamente com a política de saúde mental*, contribui para a efetivação do *cuidado integral* e os qualifica para *atuar na garantia e na defesa dos direitos humano*.

As RM em Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto e Saúde Mental comungam o entendimento de que a Integralidade se realiza na *prática humanizada*, isto é, *a prática cotidiana do fazer saúde requer dos profissionais o conhecimento do ser humano levando a um compromisso existencial para entender e valorizar o humano*, para tanto os profissionais precisam ter *responsabilização com as dimensões do cuidado, acompanhar o fluxo dos usuários, trabalharem de forma qualificada nas linhas de cuidado, fortalecer a rede e se implicarem na construção de projetos terapêuticos singulares*.

Há, contudo, alguns termos que foram pontuados nos projeto de formação das RMS supracitadas que merecem serem esclarecidos para compreendermos em que medida eles

contribuem para a efetivação da Integralidade na prática profissional e/ou na assistência à saúde, quais sejam: linhas de cuidado, projeto terapêutico singular e prática humanizada.

As linhas de cuidado se referem aos fluxos assistenciais que são garantidos ao usuário para o atendimento de suas necessidades de saúde. Para tanto, elas definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção, delineando o percurso do usuário pela rede de saúde e conforme suas necessidades, articulando-a aos serviços de outros segmentos de modo intersetorial. Nessa direção, as linhas de cuidado ao incorporarem o conceito de integralidade na assistência à saúde, organizam-se a partir da conjugação de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, proporcionando ao usuário o acesso às diferentes tecnologias de que necessita (FRANCO; FRANCO, 2012).

A efetivação das linhas de cuidado é determinada pela configuração da política de saúde, pelos pactos estabelecidos entre gestores das unidades de saúde e gestores municipais para a organização da rede assistencial e por boas práticas profissionais, caracterizadas pelo ato acolhedor, que envolve atender bem, fazer uma escuta qualificada e a partir das demandas apresentadas pelos usuários, resolvê-las e quando for o caso, fazer encaminhamentos, o que apenas será viável se a operacionalização da rede estiver afinada com a linha do cuidado; estabelecer vínculo com o usuário para acompanhar seus movimentos pela rede e responsabilizar-se, buscando simplificar seu trânsito na rede para responder às suas necessidades. Contudo, para que estas ações se concretizem é indispensável que haja uma reorganização dos processos de trabalho, de modo que a operacionalização dos serviços de saúde esteja centrada no usuário e em suas necessidades, ocasionando mudanças na produção do cuidado⁴³ (FRANCO; FRANCO, 2012).

O funcionamento das linhas de cuidado ocorre por meio de Projetos Terapêuticos, isto é, “um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco [...] não apenas clínico [...] como também social, econômico, ambiental e afetivo” (Franco; Franco, 2012, p.2). Dessa forma, os projetos terapêuticos⁴⁴ são elaborados para produzir o cuidado ao usuário. Tais projetos podem ser

⁴³ A noção de cuidado é apreendida como uma ação integral que comporta significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como o direito social. Trata-se de compreender o ser humano em seu sofrimento, na maioria das vezes decorrente de sua fragilidade social. É o tratamento respeitoso e digno, com qualidade, acolhimento e vínculo, que propicie a ultrapassagem de práticas preconceituosas e que assegure o usuário como partícipe de seu processo saúde-doença e das práticas de controle social (PINHEIRO, GUIZARDI, 2004).

⁴⁴ As profissões de saúde possuem campos de saberes e práticas que tem potencial de intervir no processo saúde-doença de modos variados, seus núcleos de competências dividem-se em práticas de assistir e práticas de promoção da saúde, que se distinguem segundo seu foco de ação, destinado para pessoas ou às coletividades

conduzidos por meios burocráticos, focado em procedimentos e prescrições; ou por uma abordagem do problema de saúde pautada em relações solidárias e conhecimento técnico, fundado na responsabilidade, vínculo, escuta e na ação acolhedora. O tipo de direcionamento dado ao projeto terapêutico determinará a organização das práticas de saúde (FRANCO; FRANCO, 2012).

Apoiado no projeto terapêutico o trabalhador de saúde orienta o usuário a obter na rede de serviços os recursos de que precisa para satisfazer suas necessidades. Observa-se, portanto, que os projetos terapêuticos são norteadores dos fluxos das linhas de cuidado. Importa que estes fluxos tenham condições de assegurar o acesso do usuário a todos os serviços de que necessita, comportando-se como uma linha de produção de cuidado, que é posta em movimento a partir da entrada do usuário no sistema de saúde, por qualquer ponto da rede, fazendo-o transitar para os demais níveis assistenciais. Assim, o processo de produção de saúde se estrutura a partir do usuário, rompendo com a usual forma segmentada de intervir sobre o campo das necessidades de saúde, conformando um trabalho integrado que congrega na produção de cuidados saberes e práticas cada vez mais variadas (FRANCO; FRANCO, 2012).

Isto posto, considera-se a importância de estruturar linhas de cuidado a fim de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de que necessitam, assim como a efetivação de práticas profissionais direcionadas pela responsabilidade, vínculo, escuta e acolhimento. Contudo, importa destacar que ao analisar a efetivação da assistência à saúde, do exercício profissional e, principalmente, da Integralidade, deve-se atentar para os fatores de ordem política e econômica que trazem rebatimentos para a política e os serviços de saúde, a saber:

precarização das relações de trabalho e das relações empregatícias, despolitização e fragmentação dos direitos sociais, disseminação de valores da sociabilidade burguesa como a competição e individualidade, como também analisar os serviços de saúde como espaços contraditórios permeados por projetos societários diferenciados, lutas corporativas e estratégias de classe (CASTRO, 2015, p.150).

humanas. Nesse sentido, os profissionais de saúde, independente da formação que possuem, desenvolvem práticas terapêuticas que geram a necessidades de suas ações profissionais e dos serviços de saúde. Tais práticas se realizam em diversos planos por meio de distintas categorias profissionais, tanto no plano do conhecimento, quanto no plano das práticas em si (CASTRO, 2007).

Todos esses fatores geram implicações no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde e a sua superação não ocorre apenas pela mudança de postura dos profissionais. Compartilhamos com Castro (2015, p 159-160) a compreensão de que

o trabalho em saúde deve ser direcionado pela socialização de informações, garantia, defesa e busca pela ampliação de direitos, coletivização de demandas, educação, prevenção, promoção e vigilância em saúde, e defesa do acesso e qualidade dos serviços prestados. Esses direcionamentos apontam para ações pautadas na lógica do direito e não do favor, tendo como orientação os princípios do SUS, e o reforço da cidadania.

Assim, é imprescindível que o Estado se responsabilize pela provisão dos serviços e recursos para a garantia da Integralidade, uma vez que é somente por esta via que a saúde se efetiva enquanto um direito social.

Outro termo que perpassa as discussões de Integralidade é a Humanização em saúde. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS ou Política Nacional de Humanização -PNH, foi lançada em 2003 com o intuito de promover mudanças na atenção à saúde para solucionar falhas, sobretudo, no tocante ao trabalho profissional e a relação profissional-usuário, e à gestão dos serviços (BRASIL, 2006).

A criação de tal política justifica-se pela persistência de problemas no SUS que tem causado empecilhos para sua implementação, dentre os quais a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais, a precária interação entre as equipes, inaptidão para trabalhar com a dimensão subjetiva da atenção, desrespeito aos direitos dos usuários, entre outros, que exigem uma análise ampliada da atenção e gestão no SUS. O meio de resolução desses problemas proposto pela PNH é a transversalidade de ações com a criação de espaços de diálogo e trocas entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de contribuir para a construção de um provável modelo de produção de cuidados baseado na comunicação e com potencial resolutivo (CASTRO, 2015).

Assim, a PNH busca gerar “mudanças” na saúde pautando-se no discurso da valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde – usuários, trabalhadores e gestores – tendo por fundamento valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade na produção de saúde, a construção de redes de

cooperação, a instituição de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (CASTRO, 2015).

Castro (2015) ao realizar um estudo aprofundado da política em questão, ressalta que o contexto político, econômico e social de sua formulação é marcado pelo enfraquecimento de propostas de mudanças na saúde direcionadas pelos ideários do movimento de Reforma Sanitária e pelas dificuldades de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, o que vem gerando uma crise na saúde, apontada por alguns segmentos como falência do modelo SUS. Em virtude desse quadro, usuários têm demandado serviços mais acolhedores e resolutivos, e os profissionais melhores condições de trabalho dado a precarização e sucateamento das instituições de saúde. Diante disso, a PNH é concebida pelo Ministério da Saúde como estratégia de enfretamento de tais impasses.

Com base na análise crítica dos principais eixos da PNH, quais sejam: cuidado em saúde, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, ambiência, trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, a autora concluiu que o conceito de saúde incorporado pela PNH se distancia da compressão da saúde como processo social que possui determinações que são decorrentes das relações sociais firmadas na sociedade capitalista, e por isso enfoca os aspectos subjetivos, individuais e psicologizantes apoiada nas noções de cuidado e de micropolítica do trabalho em saúde.

Castro (2015) constatou ainda que as discussões sobre a política de saúde se afastam de uma análise que considere as implicações dos conflitos entre capital e trabalho e das necessidades reais da população, ao contrário destaca-se a subjetividade e o diálogo como construtores das relações sociais, não se atentando para outros fatores como os determinantes sociais, econômicos e culturais. Observou também que a conjuntura imposta pela contrarreforma do Estado de precarização e enxugamento das políticas públicas, intensificada nos anos 1990, contribui para uma análise desvinculada do cotidiano dos serviços de saúde e das manifestações da questão social que interferem no processo saúde-doença, na perspectiva do direito e da proteção social dos usuários.

Deste modo, a Humanização tem sido utilizada para encobrir as dificuldades de acesso e a baixa qualidade dos serviços, provenientes da “focalização dos programas, precarização das relações de trabalho, sucateamento dos hospitais e limitação do financiamento público” (Ibid, p.187). As discussões da humanização e de suas diretrizes não apresentam uma análise

crítica da realidade, pois não abarcam as contradições existentes na sociedade capitalista e nem consideram a organização dos sujeitos para a luta por melhores condições de vida e trabalho e por uma política voltada para suas necessidades, em contrapartida enfatiza a transferência de responsabilidade estatal para a sociedade, a responsabilização/culpabilização dos trabalhadores e usuários, assim como a psicologização das relações sociais e do processo saúde-doença.

A autora reforça que a política de saúde “para assegurar um atendimento humano, faz-se necessário a constituição de um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando trabalhador e usuário como cidadãos” (CASATE; CORRÊA apud CASTRO, 2015, p.188). Acrescenta que no campo teórico é imprescindível realizar reflexões críticas que debata sobre as dimensões políticas e filosóficas que atribuem verdadeiramente, o sentido humano as relações exercidas na área de saúde.

Como mencionado anteriormente, no âmbito do Serviço Social a discussão da Integralidade se pauta na teoria crítico-dialética, que encontram centralidade na perspectiva da totalidade. Esta é uma categoria ontológica que representa o concreto e a síntese de múltiplas determinações. Assim, o assistente social ao direcionar sua análise pelo viés da totalidade, consegue desvelar as múltiplas determinações e medições históricas que constituem a Integralidade.

No âmbito da formação profissional as Diretrizes Curriculares reafirmam o Serviço Social como uma profissão que atua sobre as múltiplas manifestações da questão social, tendo caráter histórico, por estar diretamente relacionado com as transformações na sociedade. O assistente social deve ser um profissional capacitado para decifrar a realidade e construir propostas de trabalho que possam preservar e efetivar direitos.

Nessa direção, para intervir na questão social, o assistente social precisa estar alicerçado em uma perspectiva totalizante, que propicie discernir de modo integral as determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. Uma intervenção que se pautem por esta perspectiva requer:

leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos

financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p. 35).

O exercício profissional é respaldado pelo Código de Ética que estabelece como princípios a defesa intransigente dos direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, compromisso com a qualidade dos serviços prestados, dentre outros.

No campo da saúde, o assistente social integra o rol das profissões atuantes na área, sua inserção ganha expressividade com a construção do SUS, pautado no conceito ampliado de saúde e na determinação social do processo saúde-doença. Este modelo de atenção à saúde possibilitou a reconfiguração das competências e das ações profissionais, uma vez que os assistentes sociais assumem compromisso com a defesa dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Sendo assim, o trabalho do assistente social na saúde é direcionado pelos princípios da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político da profissão, na medida em que estes projetos apresentam princípios e valores comuns que os atribuem uma identificação política (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

A área de saúde coloca para o Serviço Social um conjunto de demandas que evidenciam a necessidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho na saúde, cabendo ao assistente social criar e fortalecer ações de enfrentamento das expressões da questão social, tendo em vista o contexto e as condições sociais que atravessam o processo saúde-doença. Nesse sentido, os assistentes sociais realizam ações que afetam as contradições da política de saúde, podendo dessa forma, por um lado contribuir para o processo de consolidação dos princípios do SUS, ou por outro ater-se às práticas que respondam, simplesmente, às demandas emergências e às requisições institucionais.

Enquanto um dos profissionais de saúde, o assistente social deve estar qualificado para responder as demandas trazidas a ele na perspectiva da saúde como um direito social, atrelado às condições de vida dos sujeitos. Por esta razão, a formação é fundamental para a construção de um perfil profissional que consiga responder a tais exigências.

A partir das reflexões realizadas, depreende-se que as propostas de formação profissional das Residências, no que diz respeito à Integralidade se aproximam em vários aspectos da proposta de formação do Serviço Social.

Na Residência Multiprofissional (RM) em Saúde da Família destaca-se a pretensão de desenvolver um *trabalho voltado para a realidade local, sincronizando sempre que possível, os conhecimentos popular e científico; identificar, conhecer, analisar e propor alternativas de ação apropriadas à realidade trabalhada, através da leitura e da análise do cotidiano; desenvolver de forma crítica, novas técnicas de trabalho apropriadas a realidade em que se encontra, tanto individual, quanto coletiva*. Esses elementos remetem a centralidade das dimensões investigativa e interventiva e a relação teoria e prática, que constitui um dos princípios que fundamentam a formação profissional no Serviço Social. Tal princípio enfatiza a pesquisa como um recurso fundamental para o conhecimento da realidade social, das manifestações da questão social e para a efetivação de uma prática qualificada. Além disso, sinaliza a unidade entre o pensar e o agir, entre teoria e prática, uma vez que a pesquisa contribui para a construção de um conhecimento crítico da realidade social, direcionando e instrumentalizando as ações profissionais e subsidiando os debates e estratégias que são tecidos pelos assistentes sociais na busca de garantir os direitos dos usuários. E mais, tal princípio reafirma a vinculação intrínseca entre investigação e intervenção.

Ressaltamos ainda que a RM em Saúde da Família visa *realizar atendimentos em cada área de formação, de modo integral, sempre contextualizando o indivíduo em seu meio familiar, cultural e social*. Esta apreensão ampliada dos sujeitos está relacionada com a perspectiva de totalidade, mencionada anteriormente, que norteia a formação profissional do Serviço Social, a qual permite ao assistente social considerar para além dos fatores biológicos, a determinação dos fatores políticos, econômicos, culturais na vida dos sujeitos.

Além disso, a RM em questão objetiva *conhecer a rede institucional e possíveis alternativas de recursos sociais, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população*. O assistente social devido ao conhecimento teórico-operativo que possui, consegue desenvolver articulações com a rede assistencial, a fim de atender as demandas dos usuários, via encaminhamentos e orientações que favoreçam o acesso a outros serviços. A partir desse entendimento percebe-se que esse objetivo está associado aos princípios do Código de Ética profissional que se referem ao “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais” e ao “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população” (CFESS, 1993, p. 23-24)

O programa também busca *compreender o indivíduo como sujeito e co-responsável pelo seu processo saúde-doença; participar dos interesses, da cultura, das condições de vida e da forma de atuação da comunidade*. Observa-se a aproximação desses objetivos com os princípios do Código de Ética profissional que tratam do reconhecimento da liberdade, no sentido da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e do “exercício profissional sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS, 1993, p. 24).

Ademais, o programa pretende *atuar em conjunto com os movimentos populares e as lideranças comunitárias locais, com vistas a contribuir tecnicamente para o fortalecimento das iniciativas populares no processo de promoção e manutenção de sua saúde; e participar da formação e do treinamento de agentes comunitários*. Aos assistentes sociais comprometidos com o Projeto Profissional e com o SUS, cabe trabalharem em favor da organização política dos usuários, instrumentalizando-os para se apropriarem dos espaços de participação social, e/ou atuarem enquanto conselheiros ou prestarem assessoria a estes e aos movimentos sociais envolvidos com a luta pela efetivação do direito à saúde. Com base nessa compreensão nota-se que este objetivo está vinculado ao compromisso da categoria profissional expresso no princípio que diz respeito a “articulação com o movimento de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores” (CFESS, 1993, p.24). Além do mais, em virtude dos conhecimentos que porta, os assistentes sociais podem contribuir com atividades de qualificação profissional, tais como treinamento, preparação e formação de recursos humanos, destinadas à educação permanente de trabalhadores, representantes comunitários e conselheiros de saúde. Essas ações visam o aprimoramento profissional e melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

De modo geral, a RM em Saúde do Adulto apresenta vários pontos de aproximação com a proposta de formação profissional do Serviço Social, que podem ser percebidos a partir dos seguintes elementos: *rede institucional da saúde; propostas de ação integradas em todos os níveis de atenção; respeitando o indivíduo em seu meio familiar, cultural e social; compreender o indivíduo como sujeito; propor alternativas por meio da leitura e da análise do cotidiano; desenvolver, de forma crítica, novas tecnologias de trabalho apropriadas à realidade*.

Há outros objetivos que se particularizam nessa proposta, que se referem a *especializar profissionais da saúde, com vistas ao exercício profissional de qualidade nas linhas de cuidado integral à saúde e responsabilização com as dimensões do cuidado e acompanhamento do fluxo dos usuários em todos os níveis de complexidade do sistema*, que remetem ao compromisso do profissional em promover o acesso dos usuários aos serviços de outros setores e a qualidade dos serviços prestados, estando em consonância com os princípios estabelecidos no Código de Ética profissional.

Quanto a RM em Atenção Hospitalar nota-se que a proposta de formação profissional apresenta objetivos parecidos com os das RMS em Saúde da Família e Saúde do Adulto. A saber: *qualificar a prática dos profissionais segundo a concepção de vigilância em saúde, combinando estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos e de reabilitação; articular cenários institucionais que compõem a RAS, considerando-se as necessidades de cuidados dos usuários, buscar-se-á estimular a tomada de consciência pelos profissionais sobre seus papéis sociais e responsabilidade com a organização dos sistemas e serviços de saúde, para que atuem com base nos princípios e diretrizes do SUS*. Estes objetivos sinalizam para a articulação de ações e intersectorialidade, as quais os profissionais de saúde podem estabelecer para responder as demandas dos usuários, assim como facilitar seu acesso as demais políticas sociais. Tais objetivos também estão relacionados com o compromisso dos assistentes sociais em contribuir para a universalização do acesso aos programas e políticas sociais e com a qualidade dos serviços.

A RM em Atenção Hospitalar ainda *pretende que os profissionais estejam aptos a entender a multiplicidade das necessidades expressas pelos/as usuários/as dos serviços; contribuir para um processo de educação e capacitação permanente dos trabalhadores da saúde; potencializar a produção científica, através da formação de grupos de pesquisa, e a implementação de novas tecnologias em saúde articuladas a disseminação do saber*. Esses elementos correspondem na proposta de formação profissional do Serviço Social, respectivamente, a perspectiva de totalidade que proporciona ao assistente social uma apreensão ampliada das demandas dos usuários; a contribuição que o assistente social pode ofertar na realização de atividades de educação permanente, devido aos conhecimentos que possui; e a dimensão investigativa que enfatiza a pesquisa como um instrumento essencial para a uma leitura crítica da realidade social e para uma intervenção qualificada.

Em relação à RM em Saúde Mental a proposta de formação profissional apresenta como objetivo principal *formar profissionais comprometidos ética e politicamente com a política de saúde mental com potencial para imediata inserção na Rede de Atenção Psicossocial do SUS, capazes de atuar na garantia e na defesa dos direitos humanos*. Este objetivo se relaciona com os princípios do Código de Ética do assistente social que dizem respeito à “defesa intransigente dos direitos humanos” e ao “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 (CFESS, 1993, p. 23).

Percebe-se ainda que a proposta de formação profissional da RM em Saúde Mental também contém objetivos semelhantes àqueles traçados pelas demais RM mencionadas. Quais sejam: *promover uma efetiva integração entre as unidades acadêmicas envolvidas com o Programa, em seu processo de formação e pesquisa buscando potencializar a produção científica e a implementação de novas tecnologias em saúde articuladas a disseminação do saber; proporcionar ao residente a vivência concreta nos diferentes pontos da rede de atenção psicossocial, em especial os CAPS nas diferentes modalidades, buscando fortalecer as concepções de rede, linhas de cuidado e projetos terapêuticos singulares; articular os diferentes pontos de atenção que compõem a rede de atenção psicossocial, considerando-se as necessidades de cuidados dos usuários; e incentivar a educação permanente de residentes, preceptores e tutores*. Todos esses elementos demonstram que a proposta de formação profissional deste programa também apresenta pontos que se correlacionam com a proposta de formação do Serviço Social.

Em contrapartida, apesar das propostas de formação das Residências apresentarem muitos aspectos que se correlacionam com a proposta de formação do Serviço Social, contém também elementos que dependendo da forma como estão sendo apropriados podem se distanciar da perspectiva crítica do Serviço Social.

Tais elementos se referem aos conceitos de prática humanizada, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares que integram um discurso que não consideram as contradições da política de saúde, bem como do modelo assistencial que rege as instituições de saúde, norteados por uma lógica privatista. A fundamentação teórica desses conceitos está ancorada em autores da vertente pós-moderna, cujas análises se baseiam em críticas ao projeto de Reforma Sanitária, vinculado aos pressupostos marxistas. Nessa direção, tais autores valorizam a dimensão subjetiva e relação usuário/trabalhador como fundamentais para

produzir mudanças nas práticas em saúde, sem levar em conta outros fatores condicionantes do processo de trabalho em saúde.

b) A Interdisciplinaridade nas propostas de formação profissional das Residências e do Serviço Social: possíveis articulações

No tocante a Interdisciplinaridade, o referencial teórico apresentado, demonstra que esta pode ser analisada a partir de dois aspectos distintos que, apesar de correlatos, possuem objetivos e procedimentos diferenciados, quais sejam: construção do conhecimento e prática interventiva.

No primeiro aspecto a Interdisciplinaridade é compreendida como uma forma de produzir conhecimentos, consistindo em um método que ao permitir a interlocução entre disciplinas diferentes, proporciona ao profissionais uma compreensão ampliada daquilo que se investiga, por meio de um processo de troca mútua que se faz necessário diante do reconhecimento das limitações de cada especialidade.

No campo da intervenção, a Interdisciplinaridade se materializa através do trabalho em equipe, ou seja, na necessidade de aplicação do conhecimento na resolução dos problemas práticos a partir da integração e articulação de diferentes saberes e profissões. Particularmente na área de saúde, a Interdisciplinaridade tem sido apontada como um caminho para superação do paradigma biomédico (fragmentação, especialização etc.) e o trabalho em equipe como uma forma de efetivar a integralidade das ações e a melhoria da qualidade dos serviços.

Estes aspectos (construção do conhecimento e prática interventiva) são expostos nos projetos pedagógicos dos programas de residência do seguinte modo:

Aspectos da Interdisciplinaridade	RMS
Construção do Conhecimento	<p>- Construir o <i>trabalho coletivo em saúde</i> dentro de um <i>processo de aprendizagem</i> que permita aprender a <i>trabalhar com parceiros</i>, significando <i>realizar pesquisas em conjunto</i>, aplicar metodologias, <i>redimensionar a história e a cultura do usuário e realizar leituras das diferentes linguagens</i> complementares ao fenômeno saúde/doença (Saúde da Família).</p> <p>- Formar [...] novos atores sociais neste campo, <i>interligando os diferentes conhecimentos</i>, no sentido de capacitar para qualificar a assistência e assegurar a busca dos direitos humanos, da inclusão social e da materialidade dos princípios do SUS. <i>Construção coletiva do conhecimento de práticas e saberes</i> da saúde, bem como, desenvolvimento de <i>competências e habilidades multiprofissionais</i> e específicas (Saúde do Adulto).</p> <p>- A proposta apresenta, além de eixos teórico-práticos específicos das áreas envolvidas: <i>um eixo estruturante transversal</i>, contemplando conhecimentos da clínica ampliada e da Saúde Coletiva, <i>garantindo a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe; um eixo</i></p>

	<p><i>de formação prática integrador</i> que se apóia intra-institucionalmente, na efetiva relação entre os programas de residência em curso no HU/UFJF, incluindo a residência médica (Atenção Hospitalar)</p> <p>- A proposta apresenta, além de eixos teórico-práticos específicos das áreas envolvidas: <i>um eixo estruturante transversal</i>, contemplando conhecimentos da clínica ampliada, da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, garantindo a <i>interdisciplinaridade e o trabalho em equipe</i>; <i>um eixo de formação prática integrador</i> que se apóia intra-institucionalmente, na efetiva relação entre os programas de residência em curso no HU/UFJF, incluindo a residência médica, com a rede de saúde e de atenção psicossocial local (Saúde Mental)</p> <p>- Trabalho em Equipe: diretriz fundamental por permitir o envolvimento de uma maior gama de possibilidades de pensar as intervenções em saúde. O <i>trabalho em equipe</i> apoiar-se-á no conceito de <i>interdisciplinaridade</i>, para além do agrupamento de diferentes profissões em um mesmo espaço assistencial, defendendo-se que somente com a <i>integração dos diferentes saberes</i>, aproxima-se da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos, alvo dos cuidados de saúde, e do contexto em que eles estão inseridos, com vista á resolubilidade de suas necessidades (Atenção Hospitalar e Saúde Mental)</p>
Prática Interventiva	<p>- Continuará a manter um caráter multiprofissional, envolvendo profissionais da área de medicina, enfermagem e serviço social, visando à <i>integração interdisciplinar</i> por meio <i>trabalho em equipes</i> multiprofissionais, mas <i>preservando as especificidades de cada área profissional participante</i> (Saúde da Família).</p> <p>- Construir <i>trabalho coletivo e interdisciplinar</i>, pela organização de um modo de intervenção que agregue o conjunto das profissões na definição e no seguimento de <i>projetos terapêuticos singulares</i> (Saúde do Adulto)</p> <p>- Avaliar atividades, posturas e ações da equipe de saúde, mantendo-se sempre aberto às <i>mudanças de planos</i> e metas desde que venham a reverter situações de risco à população ou a beneficiá-la, mantendo um processo permanente de <i>reflexão sobre a ética profissional</i> de cada área no processo de mudança e desenvolvimento continuados da coletividade (Saúde da Família e Saúde do Adulto)</p> <p>- Incentivar as <i>práticas integradas</i>, com reforço ao <i>diálogo interdisciplinar permanente</i>, a partir de situações concretas e definidoras do cotidiano da atenção hospitalar no SUS (Atenção Hospitalar)</p> <p>- Despertar os residentes quanto à importância de identificar as <i>intervenções comuns</i> e específicas aos <i>diferentes núcleos profissionais</i>, segundo os <i>princípios da clínica ampliada</i> [...] (Atenção Hospitalar e Saúde Mental).</p> <p>- Considerando toda a complexidade que envolve o processo saúde/doença de indivíduos e coletividades, torna-se importante a <i>formação de profissionais nas diferentes áreas da saúde</i>, com competências e habilidades para a construção do <i>trabalho em equipe</i>, do cuidado integral e intersetorial, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS (Saúde Mental)</p> <p>- Incentivar a <i>atuação interdisciplinar, integral e em rede</i> na construção do cuidado em saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial (Saúde Mental).</p>

Fonte: Dados da Pesquisa

Os fragmentos expostos indicam que a Interdisciplinaridade é tratada nos programas de RMS a partir dessas duas perspectivas, enquanto forma de produção de conhecimento e como trabalho partilhado que se realiza por meio do trabalho em equipe.

Em relação ao primeiro aspecto, observa-se que as RMS, em geral, incentivam *processo de aprendizagem* que possibilitam *trabalhar com parceiros, realizar pesquisas em conjunto*, bem como leituras das *diferentes linguagens* complementares ao fenômeno saúde/doença. Além disso, privilegia-se a *construção coletiva do conhecimento de práticas e saberes* com a finalidade de desenvolver *competências e habilidades multiprofissionais e específicas* que qualifiquem o *trabalho em equipe*.

A Interdisciplinaridade como forma de produção de conhecimento se materializa nas RMS através de atividades teóricas como o Módulo Teórico Transversal e o Seminário Integrador. Como mencionado anteriormente, o primeiro é composto por um conjunto de disciplinas voltado para todas as áreas envolvidas nos programas, e que por esta razão são disciplinas que versam sobre temáticas variadas: política de saúde; métodos e técnicas de pesquisa em saúde; processo de trabalho em saúde; epidemiologia; planejamento e gestão; ética em saúde; financiamento; educação em saúde e vigilância em saúde. O segundo consiste em um seminário teórico-prático interdisciplinar, destinado ao debate de conteúdos específicos de determinada área de concentração (Atenção Hospitalar, Saúde do Adulto, Saúde da Família, Saúde Mental) e a discussão de casos que perpassam o conjunto das profissões envolvidas naquele programa, proporcionando a troca de experiências entre as distintas categorias profissionais, assim como a interlocução e integração entre os diferentes saberes.

Busca-se com essas atividades que o aprendizado de conhecimentos variados possa proporcionar ao residente a apropriação de diferentes leituras que auxiliem na compreensão do processo saúde-doença e das demandas trazidas pelos usuários aos serviços de saúde, contribuindo para a efetivação do atendimento integral à saúde.

Quanto ao segundo aspecto, nota-se que as RM enfatizam o trabalho em equipe, valorizando a *integração interdisciplinar*, pautada nas *práticas integradas* e no *diálogo* entre os diferentes profissionais envolvidos, dando importância à identificação das *intervenções comuns e específicas* dos *diferentes núcleos profissionais*, com vistas a *preservar as especificidades de cada área profissional participante*.

Enquanto prática interventiva, a Interdisciplinaridade se efetiva por meio do trabalho em equipe, que impõe o estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho, mesmo que não ocorra uma articulação efetiva no campo teórico. Entretanto, esse trabalho apenas se torna interdisciplinar na medida em que há diálogo sobre e entre saberes e práticas,

produzindo uma integração mútua que propicie a resolução de demandas de forma conjunta. A integração entre os diversos profissionais possibilita que cada um conheça as competências e habilidades das demais áreas e consiga identificar os limites e possibilidades de cada profissão (NOGUEIRA, 1998).

Nas RMS o trabalho em equipe é vivenciado pelos residentes nos diversos cenários de prática, sendo uma atividade cotidiana. A ênfase dada ao trabalho em equipe justifica-se pelo fato de as RMS constituírem-se estratégias de mudanças nas práticas em saúde, visando à superação do modelo biomédico. Dessa forma, busca-se que o trabalho interdisciplinar fomenta a discussão de casos, a troca de informações e de conhecimentos, o desenvolvimento de competências compartilhadas e a articulação de ações entre os profissionais para garantir assistência e cuidado integral às necessidades de saúde dos usuários, rompendo com a fragmentação e individualização das práticas de saúde. Compreende-se também que o trabalho em equipe requer a dissolução das disputas de poder e dos conflitos, no sentido de respeitar a autonomia de cada profissão e de reconhecer as contribuições que cada uma pode ofertar.

Do ponto de vista da formação no Serviço Social a interdisciplinaridade também se expressa tanto na prática profissional, quanto na produção de conhecimentos. De acordo com as Diretrizes Curriculares (1996), a interdisciplinaridade constitui um dos princípios que fundamentam o processo formativo do assistente social, estando presente nas várias dimensões do projeto de formação profissional.

Dentre estas dimensões, observa-se nas Diretrizes Curriculares (1996) a presença da interdisciplinaridade nos conteúdos necessários à formação profissional, ao articularem matérias específicas do Serviço Social - Fundamentos Históricos e Teórico-metodológicos do Serviço Social, Serviço Social e Processos de Trabalho, Administração e Planejamento em Serviço Social, Pesquisa em Serviço Social, Ética Profissional – com disciplinas de outras áreas, tais como: Sociologia, Ciência Política, Economia Política, Filosofia, Psicologia, Antropologia, Formação sócio-histórica do Brasil, Direito, Política Social e Acumulação Capitalista e Desigualdades Sociais.

Compreende-se que a interdisciplinaridade no Serviço Social, assim como a Integralidade, está vinculada a perspectiva da totalidade, uma vez que para intervir nas várias manifestações da questão social, exige-se do assistente social uma postura interdisciplinar, na

medida em que a interação entre diferentes saberes favorece a amplitude de sua prática profissional e em equipe.

Este entendimento vai ao encontro das análises de Rodrigues (2001) que salienta que o campo social não é exclusivo de uma única área e que a interlocução entre as áreas que se debruçam sobre o social consiste em uma estratégia importante para evitar que se fechem em seus respectivos conhecimentos. Dessa forma, a interdisciplinaridade, ao contribuir para a ampliação e flexibilização do conhecimento, pode configurar um estímulo ao saber, ou seja, a constante descoberta e aprendizado. Nesse sentido, a autora defende a interdisciplinaridade como uma postura profissional, que possibilita o trânsito pelas diferenças, isto é, pela pluralidade de perspectivas que um determinado objeto de investigação pode ofertar, que uma determinada realidade pode produzir, que variadas formas de tratar o real podem trazer.

Partido do pressuposto de que nenhuma profissão e nenhum conhecimento são absolutos, a autora afirma que interdisciplinaridade, apreendida como *principio constituinte da diferença e da criação*, pode se colocar como uma alternativa para ultrapassar os limites instituídos pelas profissões, “superar as endogenias, deixar de falar só com os mesmos, e quem sabe, diluir as vaidades pessoais que o exercício acadêmico insiste em fomentar” (Ibid, p.156).

Rodrigues (2001) explicita ainda que a perspectiva interdisciplinar não obscurece a particularidade das profissões, nem mesmo seus campos específicos de atuação. Ao invés disso, exige “a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam sobre determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes desse mesmo objeto, dessa mesma prática” (Ibid, 157). Assim, a autora ressalta que:

Entendendo-se a interdisciplinaridade como 'postura profissional' e 'principio constituinte da diferença e da criação' compreender-se-á que o Serviço Social — uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, em um movimento crítico entre prática-teoria e teoria-prática — é uma profissão interdisciplinar por excelência. Assim, para o Serviço Social, a interação com outras áreas é particularmente primordial: seria fatal manter-se isolado ou fazer-se cativo. A interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o, no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros. Isto implica romper com dogmatismos muitas vezes cultivados no interior da profissão (Ibidem).

Aliado a esta perceptiva o Código de Ética do Assistente Social (1993) estabelece que a inserção em equipes interdisciplinares é um dever profissional, a ser incentivado e cumprido sempre que houver possibilidades para sua realização, cabendo ainda ao assistente social “respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões” (Ibid, p.33). Tal dever se vincula a um dos princípios fundamentais do CEP, que diz respeito ao “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (Ibid, p.24).

Iamamoto (2002) assinala que na atualidade é comum se deparar com assistentes sociais compartilhando atividades com distintos profissionais em diversos espaços sócio-ocupacionais, como a saúde. Por esta razão, a autora ressalta a necessidade de desmistificar a noção de que o trabalho em equipe, por ser compartilhado, pode gerar uma identidade entre os profissionais que tende a eliminar as especificidades. No entanto, a autora afirma que são as diferentes formações que viabiliza a construção de unidade da equipe, uma vez que as diferenças são mantidas, ou seja, “a equipe condensa uma unidade de diversidade”. Dessa forma, Iamamoto (2002) enfatiza que

[...] o assistente social, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o distingue do médico, do sociólogo, do psicólogo, do pedagogo, etc (Ibid, p.41).

Nesse sentido, cada profissional, em virtude da sua formação e de suas experiências de trabalho, possuem distintas competências e habilidades para intervir. Logo, “o trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potenciar o trabalho conjunto” (Idem). Deste modo, o trabalho em equipe demanda que o assistente social zele pelo comprometimento com a ética e com as determinações da lei de regulamentação da profissão.

As discussões empreendidas demonstram que, do ponto de vista da Interdisciplinaridade, as propostas de formação das Residências e do Serviço Social se aproximam no que se refere ao trabalho em equipe e a produção de conhecimentos. Em geral, busca-se a construção coletiva de práticas e saberes da saúde, por meio de um processo de aprendizagem que favoreça o estabelecimento de parcerias, a conjugação de diferentes

conhecimentos e o diálogo permanente entre as distintas profissões, de modo a contribuir para o desenvolvimento de habilidades e competências multiprofissionais, como também específicas, respeitando as particularidades de cada área profissional envolvida.

A RM em Saúde da Família enfatiza que o trabalho coletivo em saúde tende a *redimensionar a história e a cultura do usuário e realizar leituras das diferentes linguagens complementares ao fenômeno saúde/doença*. Observa-se que no trabalho em equipe a troca de conhecimentos e informações, assim como o diálogo constante entre as distintas profissões pode contribuir para um olhar ampliado do sujeito e de seu modo de vida, para a compreensão de outras dimensões, que às vezes uma única profissão não consegue apreender devido as suas limitações. Assim, compartilhar os diferentes pontos de vista sobre o processo saúde/doença impulsiona a articulação de ações e favorece o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários.

Esses elementos estão em consonância com os princípios ético-políticos norteadores da formação e do exercício profissional dos assistentes sociais, bem como com a perspectiva de totalidade adotada pelo Serviço Social, uma vez que apontam para o reconhecimento dos usuários como sujeitos sociais, portadores de direitos que possuem valores, crença e autonomia e consideram a necessidade de apreender as várias dimensões que compõe a vida dos sujeitos. Tal necessidade direciona o assistente social a buscar outros conhecimentos para a compreensão ampliada das demandas postas pelos usuários, o que exige constante aprimoramento intelectual para a construção de respostas competentes e contribui para a qualidade dos serviços.

As RM em Saúde da Família e Saúde do Adulto destacam a importância de *manter-se sempre aberto às mudanças de planos e a um processo permanente de reflexão sobre a ética profissional de cada área*. Compreende-se que o trabalho em equipe se efetiva quando os profissionais se dispõem a repensar e reconfigurar as ações, sempre que se fizer necessário, estando aberto a ouvir e a dialogar com seus pares. As mudanças de planos devem ser realizadas, atentando-se para a ética profissional de cada área, no sentido de que as normas e os princípios éticos de cada profissão devem ser respeitados. Esse aspecto também se relaciona com os compromissos de cunho ético-políticos presente no Código de Ética do Serviço Social, os quais direcionam o exercício profissional e cuja busca por sua efetivação conduz o olhar do assistente social para a identificação dos limites e possibilidades da intervenção profissional, fazendo-o redirecionar suas ações.

A RM em Saúde do Adulto também ressalta *a organização de um modo de intervenção que agregue o conjunto das profissões na definição e no seguimento de projetos terapêuticos singulares*. Nota-se que o trabalho em equipe se propõe a reunir as diferentes profissões para traçar um conjunto de ações para o atendimento mais amplo das necessidades de saúde dos usuários, a partir da formulação de projetos assistenciais comuns, voltados para aquele usuário, que conjugue as contribuições que cada uma das profissões da saúde pode ofertar com seus conhecimentos específicos.

Percebe-se, desse modo, que a proposta de formação da RM em questão aponta para uma perspectiva de ações mais individualizadas. Por outro lado, o Serviço Social sinaliza para uma compreensão e proposta de intervenção que considera o caráter coletivo das demandas de saúde, visto que estas são decorrentes das sequelas geradas pela sociedade capitalista e que a capacidade de resposta dos profissionais está atrelada a um determinado projeto societário. Iamamoto e Carvalho (2005) afirmam que o exercício profissional do assistente social é perpassado por duas condições inerentes: a primeira se refere ao fato deste não ser uma ação isolada, que se efetivada exclusivamente pela vontade do profissional, visto que também é determinado pelas relações e as condições sociais pelas quais se realiza; a segunda que consiste em um espaço de possibilidades, tendo em vista que o assistente social pode construir estratégias profissionais e políticas favorecedoras dos interesses da classe trabalhadora e contrária as injustiças sociais.

As RMs em Atenção Hospitalar e Saúde Mental expõem *a necessidade de despertar os residentes quanto à importância de identificar as intervenções comuns e específicas aos diferentes núcleos profissionais, segundo os princípios da clínica ampliada, com vistas à resolubilidade das necessidades de cuidados dos usuários*. Parte-se da compreensão de que as diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços e para a saúde dos usuários. Destaca-se que o trabalho em equipe deve se efetivar de acordo com os princípios da clínica ampliada, definida como:

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2006, p.38).

A ideia de trabalho em equipe regido pelos princípios da clínica ampliada se distancia da proposta de formação do Serviço Social, na medida em que se compreende que o assistente social atua sobre os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença e que a apreensão destes se faz por meio da perspectiva de totalidade, que permite a reconstrução permanente da realidade e cria condições para um exercício profissional crítico, criativo, consciente e politizante que se viabiliza pela relação teoria e prática. Além disso, o exercício profissional tem como referência a saúde como um direito social e os princípios inscritos no Código de Ética profissional, como: o reconhecimento da liberdade, que sinaliza para a autonomia, emancipação e plena, expansão dos indivíduos sociais, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso às políticas sociais, empenho na eliminação das formas de preconceito, compromisso com a qualidade dos serviços, dentre outros, indo além dos princípios da clínica ampliada.

A RM em Saúde Mental enfatiza *o incentivo a atuação interdisciplinar, integral e em rede na construção do cuidado em saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial*. Percebe-se que o programa busca propiciar aos residentes uma formação que articule a interdisciplinaridade, a integralidade e a intersetorialidade, fortalecendo o trabalho em equipe, a articulação das ações no interior dos serviços de saúde, assim como com as demais políticas públicas, o que possibilita ao residente conhecer os processos internos das instituições e a rede assistencial.

Nota-se que os elementos evidenciados na RM em Saúde Mental - interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade – se vinculam a proposta de formação do Serviço Social, por estarem relacionadas com perspectiva de totalidade, que permite ao assistente social uma compreensão ampliada dos usuários e de suas demandas, impulsiona a busca por conhecimentos para uma atuação competente e sinaliza a necessidade de articulação entre as políticas sociais para satisfazer as necessidades dos usuários.

Diante do exposto, as análises realizadas evidenciam que a proposta de formação profissional das Residências se articulam em vários aspectos a proposta de formação profissional do Serviço Social. Entretanto, percebe-se também a presença de pontos que as distanciam como aqueles que se referem à elaboração de projetos terapêuticos singulares e ao

direcionamento do trabalho em equipe por princípios da clínica ampliada. Tais conceitos portam uma perspectiva restrita do trabalho e da formação em saúde e por isso precisam ser debatidos e analisados com profundidade, para que não sejam apropriados de modo equivocado, uma vez que podem levar a compreensões fragmentadas e enviesadas que tendem a manter as ações profissionais no plano do imediatismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu da inquietação, advinda da minha inserção como residente em um programa de residência do HU/UFJF, de refletir sobre o processo de formação dos assistentes sociais nos programas de Residência em Saúde, buscando analisar as particularidades desses programas, quais os fundamentos que direcionam a formação e, sobretudo, compreender a possível articulação entre eles e o projeto político pedagógico de formação do Serviço Social. Assim, a questão central que orientou todo o estudo foi: o projeto político pedagógico que orienta a formação dos residentes está em consonância com o projeto ético-político do Serviço Social? Em quais aspectos se aproximam? E, o contrário, em quais aspectos se distanciam ou se contradizem?

Para me aproximar deste debate foi necessário fazer um amplo estudo sobre o processo de formação nas residências e no Serviço Social. O referencial teórico construído possibilitou compreender que na saúde, as Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação da área de Saúde são norteadoras do processo de formação profissional, sinalizando a exigência de uma qualificação comprometida com o SUS e direcionada para o trabalho em equipe e para a atenção integral à saúde.

No caso do Serviço Social, a formação profissional segue as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social que apontam para uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que proporcione ao profissional a apreensão crítica da realidade, assim como da dinâmica das relações sociais, geradoras das múltiplas expressões da questão social em diversos campos, dentre os quais a saúde, exigindo do assistente social a construção permanente de respostas para seu enfrentamento.

As reflexões propostas no material teórico utilizado apontaram várias questões que perpassam o processo formativo nesses dois espaços, sendo que a integralidade e a interdisciplinaridade surgiram com especial destaque. Em virtude deste destaque, ambas foram definidas como as principais categorias de análise que direcionaram a construção de todo o estudo.

A integralidade foi trabalhada em duas dimensões: assistência à saúde e exercício profissional. Tais dimensões se expressaram em orientações como: *propor alternativas de*

ação apropriadas à realidade trabalhada, através da leitura e da análise do cotidiano; contextualizar o indivíduo em seu meio familiar, cultural e social; multiplicidade das necessidades expressas pelos/as usuários/as dos serviços; rede institucional; compreender o indivíduo como sujeito e co-responsável pelo seu processo saúde-doença; atuar em conjunto com os movimentos populares e as lideranças comunitárias locais; compromisso ético e politicamente com a política de saúde mental.

Todos esses elementos se vinculam a proposta de formação profissional do Serviço Social e correspondem respectivamente à centralidade das dimensões investigativa e interventiva e a relação teoria e prática, a perspectiva de totalidade, ao compromisso ético-político de favorecer o acesso as políticas sociais e de primar pela qualidade dos serviços, reconhecimento da liberdade, no sentido da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, compromisso em se articular com o movimento de outras categorias profissionais que partilhem os mesmos princípios e com a luta geral dos trabalhadores, e compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, assim como o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

Por outro lado, a integralidade também se traduz em desenvolver *a prática humaniza e fortalecer as concepções de linhas de cuidado e projetos terapêuticos*. Esses elementos e contrapõem a proposta de formação do Serviço Social, por se tratarem de noções que trazem uma concepção restrita do conceito, do trabalho e da política de saúde, ao se restringirem a dimensão subjetiva e privilegiar a ênfase na relação usuário/trabalhador como fatores essenciais para potencializar mudanças no processo de trabalho em saúde.

A interdisciplinaridade também foi trabalhada a partir de dois aspectos, a saber: construção do conhecimento e prática interventiva. Tais aspectos se traduzem em *redimensionar a história e a cultura do usuário e realizar leituras das diferentes linguagens complementares ao fenômeno saúde/doença; incentivo a atuação interdisciplinar, integral e em rede na construção do cuidado em saúde; manter-se sempre aberto às mudanças de planos e a um processo permanente de reflexão sobre a ética profissional de cada área*. Estes, por sua vez, encontram vinculação com a proposta de formação do Serviço Social e remetem ao reconhecimento dos usuários como sujeitos sociais, portadores de direitos que possuem valores, crença e autonomia; a perspectiva de totalidade e ao dever do assistente social em incentivar práticas interdisciplinares e respeitar normas e princípios de outras profissões.

No entanto, a interdisciplinaridade também se expressa como *organização de um modo de intervenção que agregue o conjunto das profissões na definição e no seguimento de projetos terapêuticos singulares; necessidade de despertar os residentes quanto à importância de identificar as intervenções comuns e específicas aos diferentes núcleos profissionais, segundo os princípios da clínica ampliada*. Esses aspectos se distanciam da proposta de formação do Serviço Social, porque partem de uma perspectiva limitada de trabalho em saúde, e, além disso, o exercício profissional dos assistentes sociais se direciona por valores mais amplos que extrapolam os princípios da clínica ampliada.

Estas reflexões apontam que existem sim muitas similaridades entre as propostas de formação das Residências e do Serviço Social. Esta aproximação talvez possa ser explicada pelo fato da Faculdade de Serviço Social da UFJF ter tido um protagonismo grande nestes espaços, participando ativamente do processo de construção dos projetos. Porém, é perceptível a existência de alguns pontos que evidenciam contradições.

A incorporação dos conceitos de humanização, projetos terapêuticos singulares, clínica ampliada e linhas de cuidado, podem representar uma armadilha se não forem analisados e discutidos de forma aprofundada, uma vez que se distanciam da perspectiva crítico-dialética, podendo dar outros rumos a formação e ao exercício profissional, rumos esses fragmentados e limitados ao plano do imediatismo. Por isso é importante que se fortaleçam os espaços de discussão nas Residências.

Como evidenciado neste estudo, de natureza teórica, foi realizado através do exame minucioso dos projetos pedagógicos dos programas de Residência e de formação do Serviço Social. É uma perspectiva de análise que aponta, como apontou, reflexões importantes a serem consideradas nos dois espaços de formação profissional. Considero, contudo, que seria interessante também verificar como os dois projetos de formação profissional se articulam na prática. Será que chegaríamos no mesmo lugar? Será que as similaridades seriam as mesmas? E as contradições, se manteriam?

O estudo apresentado teve como finalidade contribuir para o fortalecimento das discussões e reflexões sobre o processo de formação dos assistentes sociais nos programas de residência em saúde. Espero que, a partir dele, sejam incitadas outras pesquisas sobre esta temática que possam oferecer contribuições para um pensar crítico sobre a formação e o trabalho do assistente social na saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

ABESS/CEDEPSS. “Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional”. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social (Texto na íntegra aprovado em Assembléia em novembro de 1996). Rio de Janeiro, 1996.

_____. Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional. Novos subsídios para o debate. In: Cadernos ABESS, n.07. Formação profissional: trajetória e desafios. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. “Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social”. In: Cadernos ABESS n.7. São Paulo: Cortez, 1997.

ABEPSS. Diretrizes Curriculares. Brasília, 1999.

ABREU, M.H.E. A experiência do projeto Abepss itinerante: a atualidade do projeto de formação profissional frente à contrarreforma da educação. In: Revista Temporalis: Educação em crise e perspectivas de organização política, Brasília (DF), ano 13, n. 25, p. 113-132, jan./jun. 2013.

ABREU, M.H.E; MELIM, J.I; SANTOS, C.M. As entidades do Serviço Social Brasileiro na defesa da formação profissional e do projeto ético-político. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 108, p. 785-802, out./dez. 2011.

ALMEIDA, E.S.,CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A..L. Distritos Sanitários: Concepção e Organização, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2234-2249, 2010.

ANDES. 6º CONAD Extraordinário do ANDES - Sindicato Nacional. Caderno de Textos. Brasília, 2005.

ANDES-SN. Câmara aprova PEC que acaba com gratuidade em cursos de especialização e extensão. Disponível em: < <http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=7810>>. Acesso em 15 de julho de 2016.

ARAÚJO, R. S. A implantação do REUNI na Universidade Federal do Pará: um estudo de caso do Campus Universitário de Altamira. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2011.

ASSIS, R. L. M; ROSADO, I. V. M. A unidade teoria-prática e o papel da supervisão de estágio nessa construção. Revista Katálysis, vol.15, n.2, p. 203-211, 2012.

BANCO MUNDIAL. Priorities and strategies for education: a World Bank sector review. Washington, D. C. 1995.

BARBIERI, F.B. A Rede Unida e o movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Londrina, Londrina, Paraná, 2006.

BARDIN, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROCO, M.L.S. Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos, 7.ed, São Paulo, Cortez, 2008.

BATISTA, C.B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.97-125, jan./jun. 2013.

BASTOS J.B.; MACEDO A.D. Projetos políticos pedagógicos das escolas públicas: onde está o político? In: Semeraro G. (org.). Filosofia e Política na formação do educador. Ed. Idéias e Letras, 2004.

BONTEMPO, V. L; RODRIGUES, C.C. In: ScientiaTec: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFRS-Campus Porto Alegre, Porto Alegre, v.2, n.3, p. 119-132, jul/dez. 2015.

BOSCHETTI, I. S. O Desenho das Diretrizes Curriculares e a Dificuldade na sua Implementação. In: Temporalis. Ano 4, nº8 (jul.-dez.2004). Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

_____. Desafios e atuação da Abepss no contexto da “Reforma” do Ensino Superior no final dos anos 1990: Gestão 1998-2000. In: Revista Temporalis: 65 anos de Abepss/Abepss, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.27-42, jul./dez. 2011.

BOURGUIGNON, J. A. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. PUC: São Paulo, 2005. Tese-Doutorado- Serviço Social- PUC/SP, 2005.

_____. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. In: Revista Katálysis, Florianópolis, v.10, n. esp. p.46-54, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

_____. Lei no 9.394. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União 1996.

_____. Lei no 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

_____. Ministério da Educação/Câmara de Educação Superior. DF. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Parecer CNE/CES nº 583, de 4 de abril de 2001a.

_____. Ministério da Educação/Câmara de Educação Superior. DF. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001b.

_____. Ministério da Educação/Câmara de Educação Superior. DF. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002a.

_____. Ministério da Educação/Câmara de Educação Superior. DF. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. 3a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação Documento Base Brasília, junho de 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional

de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jul. 2005c. p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em 13 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.117, de 3 de novembro de 2005d. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005d. Seção 1, p. 112. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2117.pdf>>. Acesso em 13 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Seção 1, p. 7. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 5, de 07 de novembro de 2014. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2014.

BRAVO, M.I.S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: In: MOTA, E. M. et al (Org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAZ, M, TEXEIRA, J.B. O projeto ético-político do Serviço Social. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. et al. Residência em Saúde da Família: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional da saúde: experiência, avanços e desafios, p. 171-194. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v.57, n.5, p.611-614, set/out; Brasília (DF), 2004.

CARBOGIM, F. C. et al. Residência em enfermagem: a experiência em Juiz de Fora do ponto de vista do residente. Revista APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, 2010.

CARDOSO, F.G. As Novas Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional do Assistente Social: Principais Polêmicas e Desafios. In: *Temporalis*, n.2. Brasília: ABEPSS, julho a dezembro de 2000.

CARVALHO, D. B. B. O ensino do trabalho profissional – perspectiva CAPES. *Revista Temporalis*. Ano. 4, n. 8, Porto alegre: ABEPSS, Gráfica Odisséia, 2004.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTRO, M.M.C. O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da Abepss. In: *Revista Temporalis: Serviço Social, acumulação capitalista e lutas sociais: o desenvolvimento em questão*, Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

_____.
CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-167, 2005.

_____. Ligar gente, lançar sentido: onda branda de guerra – a propósito da residência multiprofissional em saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 233-235, jan./mar. 2009.

_____. Prefácio. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECCIM, R. B.; BRAVIM, F. B.; SANTOS, A. A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de

Saúde como política pública. Lugar comum: estudos de mídia, cultura e democracia, Rio de Janeiro, n. 28, p.159-180, maio/ago. 2009.

CECILIO, L.C.O; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO R; FERLA A F; MATTOS R A (orgs.). Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006.

CECILIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / PINHEIRO R; MATTOS R A (orgs). 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

CFESS. Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social. Brasília, 1993.

CHAUI, M. A universidade em ruínas. In: TRINDADE, H. (Org). Universidade em ruínas: na república dos professores. Petrópolis/Rio Grande do Sul: Vozes/Cipedes, 1999.

_____. Escritos sobre a universidade. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais (8a ed.). São Paulo: Cortez, 2006.

CISLAGHI, J. F. A formação profissional dos assistentes sociais em tempos de contrarreformas do ensino superior: o impacto das mais recentes propostas do governo Lula. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.106, pp. 241-266, 2011.

CONTERNO, S.F.R. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. Tese Doutorado – (Pós-Graduação em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2013.

COREMU. Regimento Interno dos programas de Residência Multiprofissional e em Área profissional da saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

COSTA, RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. In: Mental - Revista de Saúde Mental e subjetividade da UNIPAC, v.5, n.8, p.107-24, jun, 2007.

COSTA, R. K. S; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. Trabalho, Educação e Saúde, v. 6 n. 3, p. 503-517, nov.2008/fev.2009.

COSTA, M.V; BORGES, F.A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.19, suplemento I, p.753-763, 2015.

CUTOLO, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, no. 4, de 2006.

DIAS, H. S; LIMA, L. D., TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência& Saúde Coletiva*, v.18, n.6, p.1613-1624, 2013.

DOURADO. L.F. Reforma do Estado e as políticas para a Educação Superior no Brasil nos anos 90. In: *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 23, n. 80, p. 234-252, setembro/ 2004.

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FERREIRA, R.C; VARGA, C.R.R; SILVA, R.F. In: *Ciências saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1 set./out, 2009.

FERREIRA, S Reformas na Educação Superior: de FHC a Dilma Rousseff (1995-2011) In:*Linhas Críticas*, Brasília, DF, n.36, p. 455-472, mai/ago. 2012.

_____. Reformas na educação superior: novas regulações e a reconfiguração da universidade. In: *Educação Unisinos*, volume 19, número 1, jan/abr, 2015.

FERREIRA, S, OLIVEIRA, J.F. As reformas da Educação Superior no Brasil e na União Européia e os novos papéis das universidades públicas. *Nuances: estudos sobre Educação*. Ano XVII, v. 17, n. 18, p. 50-67, jan./dez. 2010.

FERREIRA, R.S; OLSCHOWSKY,A. Residência: Uma modalidade de ensino In: *Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.*

FEUERWERKER, L. C. M. et al. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem – as lições aprendidas pela Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 22, p. 49-62, 2000.

FEUERWERKER , L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, n.10, p.37-50, fev 2002.

FEUERWERKER, L; ALMEIDA, M. J. “Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida”. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d’Ávila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, Instituto de Economia da Unicamp, 2002.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*(3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed, 2009.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FORTI, V., GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? In: FORTI, V., GUERRA, Y. (Org). *Serviço Social: temas, textos e contextos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2013.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GELBCKE, F. L; MATOS, E; SALLUM, N.C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. In: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 253-277, mai/ago, 2012

GOMES, R; DESLANDES, S,F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto – v. 2 – n. 2 – p. 103-114 – julho, 1994.

GONZÁLEZ, A.D; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. In: Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.20, v. 2, p. 551-570, 2010.

GUERRA. Y. O. O projeto profissional crítico: Estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 91, p. 5-33, set. 2007.

_____. No que se sustenta a falácia de que “na prática a teoria é outra”? In: II Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste – Campos de Cascavél, 2005.

GUIMARÃES, G. H. et al. Reflexões teóricas sobre a institucionalização do ead como caminho de inovação curricular. In: ESUD 2011 – VIII Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância, Ouro Preto, 3 -5 de outubro de 2011.

HARVEY, David. Condição pós-moderna. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

HAAS, C.M. A Interdisciplinaridade em Ivani Fazenda: construção de uma atitude pedagógica. International Studies On Law And Education, São Paulo, n. 8, p.55-64, mai/ago 2011.

HAUBRICH, P.L.G, et.al. intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. In: Revista Saúde m Redes, n.1, v.1. p. 47-56. Editora Rede Unida, 2015.

HOFFMANN, E. A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

IAMAMOTO, M.V. Renovação e conservadorismo no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Reforma do ensino superior e Serviço Social. Reforma do ensino superior e Serviço Social, Temporalis. Brasília, ano I, n. 1, p. 35, jan./jun. 2000.

_____. Atribuições privativas do(a) assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

_____. Serviço Social no Tempo do Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 19.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014.

JURUÁ, C.V. PPP – Os contratos de parceria público-privada. ADUFRJ – Seção Sindical. Edição de 12 de abril de 2004.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? In: Revista Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.

KRAMER S. Propostas Pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. Educação e Sociedade, n.60, p.15-35, dez, 1997.

LA ENSEÑANZA superior: las lecciones derivadas del la experiencia. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1995.

LANZA, L.M.B; CAMPUNUCCI, F.S; BALDOW, L.O. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. Rev. Katálysis, v.15, n.2, p. 212-220, 2012.

LÉDA, D.B; MANCEBO, D. REUNI: heteronomia e precarização da universidade e do trabalho docente. In: Educação e Realidade, n.34, v.1, p. 49-64 jan/abr, 2009.

LEWGOY, A. M. B; MACIEL, A. L. S.; REIDEL, T. A formação em Serviço Social no Brasil. In: Revista Temporalis:Educação em crise e perspectivas de organização política, Brasília (DF), ano 13, n. 25, p. 91-111, jan./jun. 2013.

LIMA, K. R.S. Reforma da educação superior nos anos de contrarrevolução neoliberal: de Fernando Henrique Cardoso a Luis Inácio Lula da Silva. 466f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Expansão da educação superior brasileira na primeira década do novo século. In: PEREIRA, L.D., ALMEIDA, N.L.T. (Org). Serviço Social e Educação. 2.ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2013.

_____. Plano Nacional de Educação 2014-2024: nova fase do privatismo e da certificação em larga escala. In: Universidade & Sociedade, Ano XXIV, n. 55, p.32-43, fev. 2015.

LOBATO, C. P. Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MACHADO, J.L.M. A participação da ANDES-SN na CINAEM: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface (Botucatu)*, v.3, n.5, p. 177-180, 1999.

MANCEBO, D. Reforma universitária: reflexões sobre a privatização e a mercantilização do conhecimento. In: *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 88, p. 845-866, Especial - Out. 2004.

_____. D. Trabalho docente: subjetividade e sobre implicação. *Reflexão & Crítica*, v.20, n.1, 2007.

MANCEBO, D.; MAUÉS, O.; CHAVES, V. L. J. Crise e reforma do Estado e da Universidade Brasileira: implicações para o trabalho docente. In: *Educar*, Curitiba, n. 28, p. 37-53, 2006.

MANCEBO, D.; SILVA JR., J.R. A reforma universitária no contexto de um governo popular democrático: primeiras aproximações. In: *Universidade & Sociedade*, Brasília, ano XIV, n. 33, p. 32-47, jun. 2004.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARIZ, R. Ministro defende que universidades públicas cobrem por cursos de especialização. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/ministro-defende-que-universidades-publicas-cobrem-por-cursos-de-especializacao-19324559#ixzz4EWwEBR65>. Acesso em 15 de julho de 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

MATOS, M.C. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*, São Paulo: Cortez, 2013.

MAUÉS, O. Reforma universitária ou a modernização mercadológica das universidades públicas. In: *Universidade e Sociedade*, DF, Ano XIV, Nº 33, junho de 2004.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, vol.27, n.78, pp. 27-34, 2013

MEHRY, E.E; ACIOLE, G.G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM1 as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*, v.14, n. 1 (40) - jan./abr, 2003.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez, 2003.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: _____. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 09-30.

_____. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde – 11º.ed. - São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 3a Conferência Nacional de Gestão Do Trabalho e da Educação na Saúde. Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Documento Base, Brasília, junho de 2005.

MIRANDA, K. Pátria educadora para quem? O governo Dilma Rousseff e o empresariamento da educação. Disponível em: <<https://capitalismoemdesencanto.wordpress.com/2015/03/02/patria-educadora-para-quem-o-governo-dilma-rousseff-e-o-empresariamento-da-educacao/>> .Acesso em: 17 de agosto de 2015.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, Ribeirão Preto, v.24, n.2, p.70-77, abr/jun, 1991.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MOURÃO, A. M. A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

NETO, M.V.M; LEONELLO V.M; OLIVEIRA M.A.C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. In: Revista Brasileira de Enfermagem, v.68, n.4, p.586-93, jul-ago, 2015

NETTO, J. P; BRAZ, M. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, E. M. et al (Org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 141-160.

_____. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil Pós 64. - 12. ed.- São Paulo: Cortez, 2008.

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, E. M. et al (Org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, N. A; MEIRELLES, R. M. S; CURY, G. C; ALVES, L. A. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. Revista Brasileira de Educação Médica, v.32, n. 3, p. 333–346, 2008.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N; FERREIRA, E. C.; RUFINO, N.A; SANTO, M. S. S.S. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Aquichán, v.11, n.1, p. 48-65, 2011.

OTRANTO, C. R. A reforma da educação superior do governo Lula: da inspiração à implantação. Disponível em: <<http://www.celia.naweb.net/pastal/trabalho15.htm>>. Acesso em 17 de agosto de 2015.

PASCHOAL, A.S, MANTOVANI, M.F; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Revista Escola Enfermagem USP, v.41, n.3, p.478-84, 2007.

PAULA, A.P.P. Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PAGLIOSA, F.L; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista Brasileira De Educação Médica, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p. 492-499, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-9, 2001.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro, Roseni; Barros, Maria Elizabeth Barros de; Mattos, Ruben Araujo de. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, p.161-177, 2007.

PEREIRA, L.D. Educação Superior em Serviço Social: o aprofundamento mercantil da formação profissional a partir de 2003. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 96. Ano XXIX, Novembro de 2008.

_____. Expansão dos cursos de Serviço Social na modalidade de EAD: direito à educação ou discriminação educacional? In: Revista SER Social, Brasília, v. 14, n. 30, p. 30-49, jan./jun. 2012.

PEREIRA, L. D; FERREIRA, A. T. S; SOUZA, A.C.V. Análise comparativa entre expansão dos cursos de Serviço Social ead e presenciais. In: Revista Temporalis: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração, Sexualidades, Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 181-202, jan./jun. 2014.

PEREIRA, T. Com Mendonça Filho, ministério sinaliza para privatização na educação. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/educacao/2016/05/ministerio-mendonca-filho-sinaliza-para-privatizacao-na-educacao-6527.html>. Acesso em 15 de julho de 2016.

PEREIRA, R. P; SANTOS, C.M. Projeto Ético-Político do Serviço Social, Reforma Sanitária e SUS: possibilidades e desafios da intervenção profissional do Assistente Social. In: MOLJO, C; SANTOS, C.M (Orgs.). Serviço Social e Questão Social: implicações no mundo do trabalho e no exercício profissional do assistente social em Juiz de Fora. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

PINTO, M.B. Precarização do trabalho docente: competitividade e fim do trabalho coletivo. In: PEREIRA, L.D., ALMEIDA, N.L.T. (Org). Serviço Social e Educação. 2. ed. Rio de Janeiro: LúmenJúris, 2013.

RAMOS, Alexandre de S.; BÚRIGO, André C. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, p.376-390, 2006.

REDE UNIDA. Contribuições para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. Olho Mágico, v. 18, p. 11-28, 1998.

_____. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/apresentacao>>. Acesso em 13 de outubro de 2015.

RODRIGUES, José. Os empresários e a educação superior. Campinas: Autores Associados. 2007.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.18, n. 1, Jan./Jun, 2004.

SAIORON, M., VIEIRA, .J. Como será um governo Temer. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/como-sera-um-governo-temer/>>. Acesso em 15 de julho de 2016.

SAMPAIO, C.C. et.al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SÁ, J.L.M (Orgs.). Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, C. M. Os Instrumentos e Técnicas: Mitos e Dilemas na Formação Profissional do Assistente Social no Brasil. Tese de Doutorado. ESS/UFRJ, 2006.

_____. Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

SANTOS-FILHO SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humaniza SUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; p. 73-96, 2007.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA C. D. de; GUIDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. In: Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. Ano 1, n. 1, jul./ 2009.

SCHERER, M. D. A; MARINO, S. R. A; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SCHERER, M. D. A; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. In: Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SERRA, C.G. Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no estado do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

SETUBAL, A. A. Pesquisa em Serviço Social: utopia e realidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SEVERINO, A.J. O ensino superior brasileiro: novas configurações e velhos desafios. In: Educar, Curitiba, n.31, p.73-89, 2008

SGUISSARDI, V. A universidade neoprofissional, heterônoma e competitiva. In: 26º Reunião Anual ANDEP. Poços de Caldas, MG, 5-8 de outubro de 2003.

_____. Modelo de expansão da Educação Superior no Brasil: Predomínio Privado/Mercantil e desafios para a regulação e a formação universitária. In: Educ. Soc., Campinas, vol. 29, n. 105, p. 991-1022, set./dez. 2008.

_____. O Banco Mundial e a educação superior: revisando teses e suposições? Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/23/textos/1111t.PDF>>. Acesso em: 17 de agosto de 2015.

SILVA, R.S. A formação profissional crítica em Serviço Social inserida na ordem do capital monopolista In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 405-432, jul./set. 2010.

SHIKASHO, L. Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SOARES, L.T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São Paulo, Cortez, 2000.

SOUZA, A. I.S; OLIVEIRA, L.M.L; CASTRO, M.M.C. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. In: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v.5, n.1, 2011.

STEPHAN-SOUZA, A. et.al. Residência em Serviço Social na UFJF: Experiências Inovadoras de Integração Ensino e Serviço na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. In: Caderno FNEPAS. Rio de Janeiro, v.1, dez 2011.

TAFFAREL, C. Z. Morte anunciada: educação superior pública. In: Universidade e Sociedade, DF, Ano XIV, Nº 33, junho de 2004.

TANCREDI F. B.; FEUERWERKER L. C. M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. Olho Mágico. v. 8, n.2, p. 11-14, mai./ago. 2001.

VASCONCELOS, A. M. Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. In. Revista Serviço Social & Sociedade, n. 56, São Paulo: Cortez, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. Apresentação e Manual da Residência em Clínica Médica. Disponível em <<http://www.ufjf.br/huresidencias/coreme-2/programas-de-residencia-medica/>>. Acesso em 19 de outubro de 2015.

_____. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/huresidencias/coreme-2/programas-de-residencia-medica/>>. Acesso em 21 de outubro de 2015.

_____. Disponível em: <http://www.ufjf.br/huresidencias/coremu/area_profissional/>. Acesso em 21 de outubro de 2015

_____. Disponível em: <http://www.ufjf.br/huresidencias/coremu/residencia_multiprofissional/>. Acesso em 21 de outubro de 2015

VERONESE, C.B. et al. Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde do HU/UFJF: consolidando práticas no campo da saúde. In: Revista Psicologia em Pesquisa (UFJF), v. 2, n.01, p. 20-26, jan/jun, 2008.

VINAGRE, M. Ética, Direitos Humanos e Projeto Profissional Emancipatório. In: FORTI, V., GUERRA, Y. (Org). Ética e Direitos: ensaios críticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2013.

Sites consultados:

<<http://www.multiresidencia.com.br/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 18 de Julho de 2016.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12513.htm#art12>. Acesso em: 30 de Abril de 2015.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11096.htm>. Acesso em: 30 de abril de 2015.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm>. Acesso em: 30 de abril de 2015.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm>. Acesso em: 30 de abril de 2015

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm> Acesso em: 30 de abril de 2015

<<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/apresentacao>>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.