

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

THAÍSA TEIXEIRA CLOSS

**O SERVIÇO SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM  
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
FORMAÇÃO PARA A INTEGRALIDADE?**

Porto Alegre  
Setembro 2010

THAÍSA TEIXEIRA CLOSS

**O SERVIÇO SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM  
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
FORMAÇÃO PARA A INTEGRALIDADE?**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Jane Cruz Prates (PUCRS)

Porto Alegre  
2010

THAÍSA TEIXEIRA CLOSS

**O SERVIÇO SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM  
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:  
FORMAÇÃO PARA A INTEGRALIDADE?**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Jane Cruz Prates (Orientadora –PUCRS)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Míriam Thais Guterres Dias (UFRGS)

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Idília Fernandes (PUCRS)

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família pelo apoio, carinho e alegrias nessa caminhada. Um especial abraço para a avó Yara, companheira incessante de novas conquistas, grande incentivadora, para meus pais Sandra e Tuxaua, meus tios Anajara e Val e ao meu “maninho” Theodoro, que completa um ano de vida!

Saudações as grandes amigas Tatiane Ventura, Letícia Tagliapietra, Elisa Abreu, Inez Zacarias, Cecília Nunes, Graziela Machado, Carla Capitano, Mirela de Cintra e Clarissa Rodrigues por tantos momentos compartilhados... aquele abraço!

Aos colegas com quem teci trajetórias profissionais e pessoais, trabalhadores e ex-residentes do Murialdo, Conceição, Fundação de Assistência Social e Cidadania e as parceiras de gestão do CRESS 2008-2011.

Ao Corpo docente da FSS/PUCRS, em especial as professoras Beatriz Aginsky, Berenice Couto, Idília Fernandes e Leonia Bulla, pelo convívio caloroso que se estende desde a graduação.

A orientadora Jane Prates pelas tantas parcerias, pelo olhar atento e crítico a esta produção, pela alegria do teu convívio radiante!

## RESUMO

A inserção do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica, frente ao desafio de materialização da integralidade, é a temática central da presente dissertação. A discussão teórica realizada nos capítulos aborda inicialmente as interfaces entre trabalho, educação e saúde, problematizando a importância das políticas de qualificação de trabalhadores para atuação no SUS. Discutimos a trajetória de regulamentação da Residência e as potencialidades dessa formação, tendo como eixos de reflexão a categoria trabalho e as diretrizes legais que a norteiam. Após, abordamos a inserção do Serviço Social no campo da saúde, com ênfase na atenção básica. São problematizadas as tendências de inserção profissional nesse nível do SUS e as possibilidades para a formação e o trabalho voltados para a afirmação da integralidade. A pesquisa realizada foi do tipo quanti-qualitativa, embasada no método dialético-crítico. Ocorreu junto a 2 programas de Residência Multiprofissional no município de Porto Alegre/RS e teve como sujeitos 23 assistentes sociais, abordados através de questionários e entrevistas semi-estruturadas. Dentre os principais resultados da pesquisa, identificamos que os processos de trabalho/ensino nas Residências possuem características que favorecem o trabalho em saúde pautado na interdisciplinaridade e na integralidade. A participação do Serviço Social nas equipes ocorre através de diferentes ações em saúde, com destaque para as abordagens relativas ao controle social/mobilização comunitária e à saúde da família. No que tange à integralidade, esta diretriz do SUS é apreendida pelos assistentes sociais através do conceito ampliado de saúde e do estabelecimento de mediações entre saúde e totalidade social. As contribuições do trabalho dos assistentes sociais para a integralidade estão associadas às particularidades dos saberes e ações profissionais, tal como a apreensão das necessidades de saúde através da experiência social dos sujeitos e da centralidade da afirmação de direitos nas abordagens assistenciais. As contribuições da Residência para a construção da integralidade estão associadas à aprendizagem através do trabalho, enriquecida pela pertença a uma equipe multiprofissional, tendo como baliza pedagógica as diretrizes do SUS. Essa formação possibilita a qualificação do trabalho dos assistentes sociais para a atuação no SUS e em outros espaços sócio-ocupacionais, pois oferece aportes para o trabalho interdisciplinar e para o desenvolvimento de ações assistenciais com diferentes enfoques.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional em Saúde, Serviço Social, Integralidade, Atenção Básica.

## ABSTRACT

The inclusion of Social Work in multidisciplinary Health Households in Primary Care facing the challenge of realizing the wholeness, it is the central theme of this thesis. The theoretical discussion performed in chapters initially deals with interfaces between work, education and health, questioning the importance of policies qualification of employees for performance in the SUS. We discuss the history of regulation of Residence and the potential of such training, with the axes of reflection to work category and legal guidelines that govern it. And discussing the integration of social services in health, with emphasis on primary care. After that, we analyze the trends of vocational integration at this level of SUS and the opportunities for training and work toward the assertion of completeness. The research design was quantitative and qualitative and grounded in critical-dialectical method. Occurred along the two programs Multidisciplinary Residence in the city of Porto Alegre and was subject to 23 social workers addressed through questionnaires and semi-structured interviews. Among the main results of the survey, we identified that the processes of work / teaching in homes have features that endorses health work guided by the interdisciplinary and comprehensiveness. Participation of Social Work in teams occurs through different health interventions, with emphasis on approaches to control social / community mobilization and health of the family. Regarding the completeness, the SUS guideline is perceived by social workers through the broader concept of health and the establishment of mediation between health and social totality. The contributions of the work of social workers for completeness are associated with the particularities of knowledge and professional actions as the seizure of the health needs through the social experience of individuals and the affirmation of the centrality of rights in health care approaches. The contributions of Housing for the construction of wholeness are associated with learning through work, enriched by belonging to a multidisciplinary team, with the goal of teaching guidelines SUS. This training enables the qualification of the work of social workers for working in the SUS and other socio-occupational areas, as it provides inputs for interdisciplinary work and the development of the care activities with different approaches.

**Keywords:** Multidisciplinary Residency in Health, Social Services, Integration, Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Projetos e políticas direcionadas para a mudança do ensino na área da saúde.....	29
Quadro 2: Eixos norteadores para a formação do assistentes sociais nas Residências Multiprofissionais em Saúde.....	111
Quadro 3: Caracterização dos residentes segundo formação e experiências na área da saúde.....	129
Quadro 4: Caracterização dos preceptores segundo a formação.....	132
Quadro 5: Caracterização da formação dos assistentes sociais nos programas pesquisados.....	135
Quadro 6: Concepções de objeto profissional .....	163
Quadro 7: Concepções profissionais sobre a integralidade .....	174
Quadro 8: Contribuições profissionais para a integralidade .....	176
Quadro 9: Contribuições da RMS para a integralidade e para o trabalho profissional.....	182

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de experiência no SUS anterior à RMS .....	130
Gráfico 2: Motivações para a realização da RMS (múltipla escolha por ordem de prioridade) .....	131
Gráfico 3: Competências e saberes adquiridos na RMS .....	150
Gráfico 4: Princípios e valores que orientam o trabalho dos assistentes sociais na RMS (múltipla escolha simples com indicação de seleção de até 8 opções entre as 18 citadas) .....	155
Gráfico 5: Participação dos assistentes sociais nas ações em saúde na atenção básica.....	159

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Residência Multiprofissional no quadro da política de formação de trabalhadores para o SUS.....	68
Figura 2: Percurso metodológico da pesquisa.....	121



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RMS): POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO PARA O SUS.....	16
2.1. Elos entre saúde, educação e trabalho: possibilidades no processo de fortalecimento do SUS .....	16
2.2 A Residência Multiprofissional em movimento: histórico, regulamentação e perspectivas na conjuntura atual.....	34
2.3 Contornos da política de educação de trabalhadores para o SUS: diretrizes legais e perspectivas teóricas para a formação na Residência Multiprofissional .....	49
3. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE A AFIRMAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	70
3.1. Atenção básica em saúde: caminhos da mudança do modelo assistencial.....	70
3.2 Possibilidades para o trabalho e a formação do assistente social sob o eixo da integralidade.....	90
4. CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	112
5. ANÁLISE DOS DADOS: EM CENA O SERVIÇO SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO BÁSICA.....	128
5.1. Inserção do Serviço Social na Formação em Residência Multiprofissional.....	128
5.1.1 Caracterização dos assistentes sociais nas Residências .....	129
5.1.2 Participação dos assistentes sociais nos processos de ensino/trabalho nas RMS.....	134
5.1.3 Contribuições da RMS para a qualificação do trabalho dos assistentes sociais.....	150
5.2 Materialização do trabalho profissional nas equipes de atenção básica.....	154
5.2.1 Intencionalidade profissional.....	155
5.2.2 Ações profissionais.....	158
5.2.3 Objeto do trabalho.....	163
5.2.4 Particularidade e relevância do trabalho.....	165
5.3. A integralidade em saúde no trabalho e na formação dos assistentes sociais nas RMS .....	173
5.3.1 Concepções de integralidade.....	173
5.3.2 Trabalho profissional e integralidade .....	175
5.3.3 Formação e integralidade.....	181

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	187
7. REFERÊNCIAS.....	197
8. APÊNCIDES .....	214
Apêndice A - Questionário para assistentes sociais residentes.....	215
Apêndice B – Roteiro de entrevista para assistentes sociais .....	219
Apêndice C - Roteiro de entrevista para assistentes sociais .....	222
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	225

## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação apresenta o estudo desenvolvido durante o curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS - PPGSS. Esta tem como temática a inserção do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica, em especial, no Rio Grande do Sul. Procura pôr em evidência a forma como se dá a atuação dessa profissão nessa modalidade de formação para o SUS, tendo, como eixo de investigação, as contribuições do trabalho profissional frente à afirmação da integralidade na atenção em saúde.

Esta proposta de estudo emergiu do trabalho desenvolvido em equipes multiprofissionais diretamente na atenção básica do SUS, de estudos e pesquisas sobre a temática da Integralidade em Saúde, de experiências efetivadas a partir da formação no Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Assim, procuramos sistematizar nossos estudos e vivências, tendo como horizonte a abordagem de desafios emergentes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais privilegiamos a formação de trabalhadores da saúde com habilidades e competências para a atuação na Atenção Básica desse Sistema.

Verificamos que, transcorridas cerca de duas décadas da implantação do SUS, muito se avançou quanto à universalização do acesso e à constituição de uma rede assistencial ampla, mas, ainda permanecem desafios no que se refere a mudanças efetivas na forma de realizar a atenção em saúde. Constatar esses avanços nos remete a um duplo movimento: empreendermos ações que fortaleçam e defendam as conquistas dessa política em um cenário de contrarreformas, assim como realizarmos a crítica das lacunas do sistema de saúde, buscando a reorientação do modelo assistencial, afirmando práticas em saúde articuladas com as premissas constitutivas do ideário do movimento de Reforma Sanitária.

Nesse horizonte, a temática do trabalhador e do próprio trabalho realizado nessa política assume destaque nesse processo de reorientação, demarcando a importância da qualificação de profissionais em saúde sintonizados com as demandas emergentes para esse Sistema, que empreendam respostas qualificadas

a uma realidade dinâmica, que convive com novas e antigas problemáticas de saúde, atravessadas por desigualdades e inacessibilidade a direitos.

Desta forma, acreditamos que a qualificação do SUS, entre outros aspectos, implica um processo amplo de mudanças no trabalho em saúde, o que exige estratégias em direções distintas: no campo da assistência e da gestão, no desenvolvimento de processos sociais direcionados à construção de uma cultura sanitária de defesa e afirmação da vida, bem como no plano da formação em saúde. Assim, destacamos a importância da adoção e ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde, dentre as quais se situa a Residência Multiprofissional em Saúde, como uma modalidade de formação em saúde que comporta possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS.

A potencialidade da Residência Multiprofissional consiste em sintonizar trabalho e formação, bem como em situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador da qualificação de profissionais em saúde, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como locus de ensino e aprendizagem. Além disso, essa Residência procura superar a fragmentação e a especialização em áreas, congregando diferentes profissões numa formação pautada pelo trabalho em equipes multiprofissionais. Contudo, apesar dessa formação já existir antes mesmo da constituição do SUS, sua conformação como política pública é recente, o que aponta para a relevância de serem ampliados os debates e as pesquisas sobre os seus impactos, de modo que a Residência Multiprofissional seja elucidada em suas potencialidades e também em suas lacunas, tendo em vista a sua qualificação e consolidação.

Dentre as profissões envolvidas na Residência Multiprofissional, ressaltamos a existência de uma inserção consolidada do Serviço Social, o que se verifica pela presença de assistentes sociais em programas de Residência em grande parte das regiões do país. O Serviço Social representa a terceira maior categoria em número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL; MS; SGTES, 2006, p. 15), somando-se a esses dados os programas com outras fontes de financiamento. Além disso, essa inserção ocorre em programas de Residência direcionados a diferentes níveis do SUS, tais como Atenção Básica, Saúde Mental, Saúde da Criança, âmbito hospitalar com diferentes enfoques, entre outros, o que demonstra o interesse da

categoria em especializar-se nessa área, visto a relevância dessa profissão para a política de saúde.

Embora se evidencie a presença significativa do Serviço Social nas Residências, há uma insuficiência de dados sistematizados que possibilitem delinear as contribuições da inserção do assistente social nessa formação, tanto no que tange às experiências profissionais desenvolvidas como às diretrizes pedagógicas. Dessa forma, emergem alguns questionamentos, tais como: qual a contribuição da categoria para a reflexão e produção sobre essa modalidade de formação, dada a sua particularidade? Que repercussões oriundas dessa formação se processam no exercício profissional dos assistentes sociais? Que contribuições a inserção desses profissionais nos processos de trabalho têm aportado para a consolidação do SUS?

Tais questionamentos nos remetem ao adensamento do debate, à articulação política da categoria e à pesquisa sobre a política de educação para o SUS, de modo a analisar a importância e a relevância do Serviço Social nas Residências em Saúde. Isso implica um duplo olhar: apreendermos a inserção do trabalho profissional nos processos de trabalho em saúde e a possibilidade de esse trabalho impulsionar a qualificação da atenção às necessidades de saúde; e identificarmos como a inserção nas Residências tem tensionado a troca e a elaboração conjunta de saberes e práticas que ampliem as abordagens do Serviço Social na política de saúde, em especial no que se refere à integralidade da atenção.

Nesse horizonte, a abordagem integral é base e princípio do SUS, reforçando a concepção ampliada de saúde. Essa diretriz nos interroga sobre a materialidade do sistema que se pretende construir sob o ideário da Reforma Sanitária, podendo ainda ser entendida como um selo distintivo dos diferentes projetos direcionados ao setor saúde (MATTOS, 2006). Contudo, a concretização dessa diretriz ainda se constitui desafio no âmbito dos processos de trabalho em saúde, o que aponta para a importância de pesquisas que enfoquem as possibilidades e os limites da atuação de trabalhadores da saúde capazes e comprometidos com esse processo de mudança, entre eles o assistente social.

Para tal, torna-se imprescindível que o Projeto de Reforma Sanitária se faça presente no campo da intencionalidade dos processos de trabalho em saúde, e, portanto, no trabalho dos assistentes sociais que atuam nesta política. Isso implica um duplo olhar: investigarmos não somente a relação efetiva entre projeto

profissional e exercício profissional, mas atentarmos para a verificação de como o projeto de reforma sanitária se faz presente no campo de intencionalidades que orientam o trabalho profissional, em especial na Atenção Básica.

Esse nível de atenção tem assumido um papel fundamental no movimento de reestruturação do sistema, o qual é de extrema importância para a efetivação de uma atenção em saúde articulada e integral. Isso se deve ao arranjo organizacional do SUS, onde o acesso preferencial, estabelecimento de vínculo e atendimento continuado da população se dá diretamente nos serviços que compõem a rede básica. Nesse contexto, consideramos fundamental investigarmos as Residências Multiprofissionais realizadas nesse âmbito do SUS, procurando identificar as contribuições do trabalho do assistente social para o fortalecimento do atendimento integral à multiplicidade de demandas e necessidades de saúde dirigidas à atenção básica, entendendo estas como permeadas por desigualdades e resistências que conformam a Questão Social.

Além disso, a atenção básica é responsável pela cobertura de serviços de saúde de grandes contingentes populacionais e tem assumido centralidade nas agendas governamentais no setor da saúde na década de 1990, bem como na atualidade. Isso tem uma de suas expressões na emergência e na rápida expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como cobertura populacional 87,5 milhões de pessoas, atingindo 46,2% da população brasileira (BRASIL; MS, 2007). Esta implantação expansiva vem operando uma reestruturação desse nível de atenção, o qual passa a integrar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), diretriz prioritária da Política Nacional de Atenção Básica.

Esse contexto coloca novas demandas e exigências para o trabalho profissional em saúde, ressaltando a importância das experiências de formação que visam à qualificação para a atuação nesse nível do SUS, em especial aquelas que congreguem várias áreas profissionais. Assim, a escolha por dissertar sobre “O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?” procura ir ao encontro do desafio de investigarmos essas experiências, dando especial destaque para o trabalho/formação do assistente social.

Ressaltamos, ainda, a escassez<sup>1</sup> de produções, na área, que discutam as particularidades do Serviço Social nessa modalidade de formação, o trabalho desenvolvido, as possibilidades de qualificação do exercício profissional a partir das interfaces com as demais profissões e dos aportes de conhecimento da área da saúde para a profissão, bem como as contribuições que o Serviço Social aporta à área da saúde. Assim, com a pesquisa que realizamos, pretendemos contribuir com as produções nessa área. Em especial, ensejamos dar visibilidade às experiências que vêm sendo efetivadas no Rio Grande do Sul, tendo em vista subsidiar novos estudos sobre a inserção do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais e as contribuições dessa modalidade de formação para o trabalho profissional, em especial no que concerne à integralidade na atenção básica.

O material encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro, discutimos a Residência como uma política pública de formação de trabalhadores para o SUS. Damos destaque para os aspectos da formação e do ensino na área da saúde, para a trajetória histórica e para a regulamentação da Residência Multiprofissional, abordando também as diretrizes legais e particularidades dessa modalidade de formação. No segundo capítulo, discutimos a atenção básica em saúde e o Serviço Social, procurando situá-los frente ao desafio de materialização da integralidade no SUS. Desta forma, abordamos as particularidades e aspectos da configuração atual desse nível de atenção do SUS, debatemos aspectos que entendemos como balizadores para a inserção, o trabalho e a formação dos assistentes sociais na saúde, em especial na atenção básica.

Após essa discussão, apresentamos os caminhos metodológicos adotados para a realização deste estudo e complementamos com a análise dos dados obtidos através da pesquisa. Por fim, discutimos os principais achados obtidos no estudo bibliográfico e na investigação realizada e apresentamos algumas sugestões no intuito de contribuir para o aprimoramento dessa modalidade de formação.

Compõem ainda esta produção a bibliografia que serviu de referência ao estudo e, como apêndices, foram incluídos os instrumentos de coleta utilizados na investigação, bem como os termos de consentimento informado.

---

<sup>1</sup> Isto se evidencia nas revistas de grande circulação na categoria de assistentes sociais que podem ser consideradas representativas da produção na área de Serviço Social, tais como: a revista Serviço Social & Sociedade e Temporalis, bem como nas dissertações e teses dessa área, nas quais não encontramos estudos sobre esse tema.

## **2. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RMS): POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO PARA O SUS**

Esse capítulo aborda inicialmente a relevância da adoção de iniciativas direcionadas à qualificação de trabalhadores para a atuação no SUS. Tal relevância é demarcada pela necessidade de mudanças no processo de trabalho e no modelo assistencial em saúde, tendo em vista efetivar práticas qualificadas, que contemplem o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção. Nesse contexto, situamos a importância da área de Recursos Humanos em saúde, campo no qual se insere a Residência Multiprofissional, como uma política de formação em saúde que contribui para a consolidação do SUS.

Após, recuperamos a trajetória de regulamentação da Residência Multiprofissional, situada no âmbito dos projetos coletivos que se movimentam na esfera pública, na disputa entre projetos de saúde, demarcando assim os processos de mobilização e debate sobre essa formação na conjuntura recente, bem como as legislações que a respaldam, consolidadas no bojo destas mobilizações. Por fim, discutimos as particularidades e potencialidades do processo formativo na Residência, tendo como eixos de reflexão a categoria trabalho e as diretrizes legais que a norteiam, de forma articulada com aspectos teóricos sobre essas diretrizes.

### **2.1. Elos entre saúde, educação e trabalho: possibilidades no processo de fortalecimento do SUS**

O setor saúde, nos últimos 20 anos, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se palco de importantes mudanças no que tange à ampliação da universalização do direito à saúde, à busca pela reorientação de práticas e de concepções de saúde na prestação de serviços públicos. Os dados sobre os atendimentos ofertados pelo SUS evidenciam essa realidade<sup>2</sup> e, além disso, é

---

<sup>2</sup> Neste horizonte, é impressionante o montante desses atendimentos e a sua abrangência, que totalizam “110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões



importante destacar que, na atualidade, 76,45 % da população brasileira faz uso dos serviços do SUS, pois apenas 24,55% dessa população possuem cobertura de planos de saúde (BRASIL; MS, 2008). A abrangência desse sistema também se expressa nas ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, que englobam o controle sanitário de alimentos e estabelecimentos, o monitoramento de doenças e agravos em saúde, entre outros aspectos, se convertendo em ações de proteção à saúde que atingem todos os brasileiros.

Em que pese a relevância desses dados - que revelam a abrangência e a importância do SUS como uma política de proteção social, destinada ao conjunto da sociedade brasileira - muitos são os desafios para a qualificação desse Sistema, que engloba a estruturação da rede de serviços, o seu financiamento, a gestão e a atenção em saúde. O fortalecimento do SUS depende de constantes análises, tendo em vista consolidar suas conquistas e avanços, assim como identificar fragilidades e lacunas que devem ser alvo de proposições.

Adensar proposições e estratégias para a efetivação desse Sistema é uma tarefa teórico-prática e política para todos aqueles que lutam pela defesa da vida, pela afirmação dos direitos das classes trabalhadoras. Tal tarefa encontra grandes desafios na atual conjuntura, tendo em vista a vigência de tendências regressivas no campo das políticas econômico-sociais, com particularidades nos países capitalistas periféricos.

As mudanças no plano da economia e a busca pela manutenção e/ou elevação das taxas de lucro diante das crises cíclicas do modo de produção capitalista, especialmente intensificadas a partir da década de 1970, têm pressionado a refuncionalização do Estado no âmbito das políticas sociais, implicando a redução da esfera pública de prestação de serviços e a desregulamentação dos tímidos padrões de proteção social conquistados nesses países (COSTA, 2006).

Esse processo tem se traduzido em iniciativas de contrarreforma do Estado, a qual implica a quebra de condições que foram construídas historicamente para que se realizassem reformas efetivas, num quadro mais amplo de profundas transformações societárias, pois reformas efetivas contêm embriões de mudanças e

---

de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo” (SANTOS, 2008, p. 2).

de possibilidades revolucionárias (BEHRING, 2003). Vivemos em um contexto societário no qual

“a reestruturação produtiva, a radicalização do projeto (neo) liberal e a reestruturação do Estado no contexto do capital transnacionalizado, instauradas na contratendência de sua crise, impulsionam a generalização das relações mercantis às mais recônditas esferas da vida social. Afetam transversalmente a organização societária, a divisão do trabalho social, os direitos sociais e a constituição dos sujeitos; redimensionam funções e atribuições profissionais, como as relações sociais e os específicos processos de trabalho por meio dos quais se realizam a produção e distribuição de bens e serviços” (IAMAMOTO, 2008, p. 255).

Essas tendências refratam-se diretamente no setor saúde, convertendo-se em determinantes que dificultam a estruturação de uma ampla rede de serviços públicos de saúde, dotada de graus satisfatórios de acessibilidade e de resolutividade. Desse processo, decorrem restrições ao direito à saúde, justificadas pela banalização do sofrimento humano. A reestruturação produtiva acaba por reeditar a moralização e a criminalização das expressões da questão social, reduzindo os investimentos para o atendimento às necessidades sociais.

Neste horizonte, merece destaque o plano da atenção e das práticas em saúde no âmbito do SUS, pois nele se processa o atendimento às necessidades de saúde e, portanto, é fundamental na materialização desse direito social. Esse plano do SUS vem sendo alvo de discussões no campo da Saúde Coletiva, do controle social e dos diferentes atores sociais envolvidos na operacionalização desse Sistema, pois “existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos” (FEUERWERKER, 2005, p. 493).

Desta forma, há de se considerar que o processo de efetivação do SUS - seja no plano da estruturação da política como no dos modelos de atenção à saúde – expressa a disputa entre projetos de saúde que se movimentam na esfera pública, sendo a materialidade desse sistema engendrada pela correlação de forças e busca pela conquista de hegemonia destes projetos.

Tais projetos são gestados e consolidados nas décadas de 1980 e 1990, momento em que ocorrem importantes mudanças na política de saúde. Nelas emergem, na arena pública, novos sujeitos sociais com interesses e ideologias diversas, conformando-se dois projetos político-sanitários distintos (MENDES, 1994):

a Reforma Sanitária, de carácter contra-hegemônico e operando a crítica do sistema de saúde então vigente; e o projeto neoliberal, que adquire hegemonia, possuindo enfoque conservador e direcionando-se à reciclagem do modelo médico-assistencial privatista<sup>3</sup>.

A Reforma Sanitária emerge associada ao processo de redemocratização da sociedade e aos movimentos em busca da universalização dos direitos sociais. A afirmação da saúde como um direito de cidadania, a ampliação do conceito de saúde através da abordagem da determinação social do processo saúde-doença, o enfoque para a questão da saúde como estratégica na aglutinação de forças sociais para reformas mais amplas na sociedade e a criação de um sistema nacional de saúde ancorado numa gestão democrático-participativa constituem-se em eixos fundamentais do projeto de Reforma Sanitária, tema que aprofundaremos no próximo capítulo.

Apesar do vigor da formulação do projeto de Reforma Sanitária, este é acompanhado pela reorganização das forças conservadoras no campo da saúde e da reestruturação do setor privado de saúde. O projeto neoliberal de saúde pode ser sintetizado a partir de três aspectos a serem considerados (MENDES, 1994).

O primeiro diz respeito à tendência de privatização, à descentralização e à focalização (assentada na atenção primária seletiva). Soma-se a esta tendência o fortalecimento da atenção médica supletiva, que se constitui num subsistema privado com baixa regulação estatal que, para seu crescimento, conta com a baixa qualidade do subsistema público.

O segundo aspecto é o fato de que esse processo opera um mecanismo de universalização excludente, pois atrai para o subsistema privado setores com maior poder aquisitivo - mas que não deixam de utilizar os serviços de alta tecnologia do subsistema público, geralmente não cobertos pelo subsistema privado - ao passo que o subsistema público volta-se ao atendimento dos segmentos populacionais mais carentes. Instaura-se assim um sistema de saúde regressivo, com modalidades assistenciais diferenciadas e discriminatórias.

---

<sup>3</sup> Este modelo assenta-se no seguinte tripé: “a) O Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social; b) O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica; c) O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos” (MENDES, 1994, p. 26).

O terceiro pauta-se no reconhecimento de que o projeto neoliberal é composto por três subsistemas: o de alta tecnologia, que conta com os recursos públicos como sua principal fonte de financiamento; o de atenção médica supletiva, que detém hegemonia e é composto pelas medicinas de grupo, cooperativas médicas, entre outras modalidades; e o subsistema público, que, por sua vez, pode ser dividido em subsistema público e subsistema privado. Destaca-se ainda a ênfase hospitalocêntrica do subsistema público (herança do modelo médico-privatista), associada à baixa qualidade dos serviços e da não distribuição equitativa destes.

Além dos dois projetos mencionados anteriormente - orientados pela reforma sanitária e pelo referencial teórico neoliberal - podemos apontar um terceiro, que compõe a arena pública de disputa pela materialidade do SUS e que se configura de modo similar ao segundo. Este projeto, utilizando os mesmos conceitos e terminologias que originam o SUS, se propõe a uma ação racionalizadora e administrativa a partir dos quadros técnicos do Estado, permanecendo, assim, caudatário do neoliberalismo por não formular propostas com radicalidade de mudança para este setor (CAMPOS, 1992).

Tais projetos, ao mediar a conformação assistencial do SUS, se expressam diretamente na estruturação de modelos de atenção em saúde<sup>4</sup>, dentro dos quais se organizam as práticas nesta área. No que tange ao modelo hegemônico de fazer saúde, historicamente, este tem se estruturado através de um amplo complexo médico assistencial-privatista, no qual assume centralidade a assistência no âmbito hospitalar, ancorada em alta tecnologia de apoio diagnóstico e terapêutico (PAIM, 2003). Este complexo se estrutura através do privilégio do repasse de recursos estatais para o setor privado e da crescente acumulação de capital no setor saúde; tem como produto uma atenção em saúde centrada no adoecimento, com altos custos em termos de qualidade de vida, pois dissociada da prevenção e da promoção da saúde, da intervenção sobre os riscos do adoecimento.

---

<sup>4</sup> Modelos de atenção em saúde constituem-se em "(...) um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os "meios de trabalho" (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor integrar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão "técnica" das práticas em saúde; incorpora uma "lógica" que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde." (PAIM, 2003, p. 165).

Esse modelo privatista de atenção em saúde, reatualizado pelo projeto neoliberal, está fortemente presente na atualidade, colocando entraves para a afirmação dos princípios do SUS, pois resulta na baixa responsabilização para com os problemas de saúde da população, na reduzida resolutividade em função da assistência pontual e sem continuidade, bem como na baixa permeabilidade do sistema de saúde às necessidades e demandas da população. Apesar da marcada ineficácia e iniquidade do projeto neoliberal de saúde,

“as idéias e valores oriundos do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS” (FEUERWERKER, 2005, p. 491-492).

Diante desse quadro, acreditamos que a disputa pela efetivação do modelo assistencial previsto pela Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990a; 1990b) - baseado na indissociabilidade da universalidade, equidade, integralidade – deve ser fortalecida através do adensamento de propostas que tenham como centro o trabalhador e as práticas em saúde, como um campo estratégico para o processo de fortalecimento do SUS.

Esse processo passa pela construção de uma contra-hegemonia, a partir das práticas em saúde, que faça frente aos projetos que buscam a sua restrição como direito social, o que requer a “(...) indispensável alteração do modelo assistencial predominante, dos padrões de gestão e de planejamento, da política de recursos humanos e, mesmo, do conteúdo das práticas médico-sanitárias” (CAMPOS, 1992, p. 143).

No plano assistencial, a mudança deve ser ancorada na efetivação de ações pautadas em uma lógica pública no campo dos serviços sociais, os quais devem ser orientados pela atenção integral às necessidades em saúde, como forma de não reduzir a complexidade do objeto saúde, deslocando o eixo da doença para o modo de vida dos sujeitos. Ou seja, implica um processo de reorientação do modelo assistencial que materialize a Reforma Sanitária no plano da atenção em saúde, o que implica mudanças no plano do trabalho, de modo que este efetive um cuidado em saúde ampliado que contemple as necessidades emergentes do processo de saúde/doença dos sujeitos usuários dos serviços de saúde.

Para tanto, torna-se relevante a construção de estratégias que alterem a visão tradicional dos trabalhadores em saúde como meros “Recursos Humanos” na execução dos serviços. Há de se retomar a valorização destes sujeitos no processo de operacionalização do SUS, como forma de construir novas modalidades de atenção que se fundem na capacidade, no protagonismo e na autonomia dos trabalhadores de saúde. Busca-se, assim, romper com a histórica organização taylorista<sup>5</sup> do trabalho neste setor (CAMPOS, 1992), contribuindo para mudanças na tradicional forma de materialização do trabalho em saúde, marcada pela fragmentação dos processos de trabalho e pela excessiva especialização, por uma abordagem biologicista do fenômeno saúde-doença.

Desta forma, parece-nos fundamental situar as potencialidades de tomar a centralidade do trabalho e dos trabalhadores de saúde na construção de processos de mudança do modelo de saúde hegemônico, tendo em vista também a construção de uma contra-hegemonia no campo das práticas em saúde. Operar mudanças nessa área, como campo de fortalecimento do SUS, necessita de um processo de articulação e sinergia com o setor educação, que englobe tanto a formação inicial, como a educação permanente dos trabalhadores em saúde, além da produção de conhecimentos voltados para a inovação assistencial frente às necessidades sociais em saúde.

Para tal, a categoria trabalho deve ser alvo de reflexão e crítica, e, portanto, devemos pontuar alguns elementos acerca das particularidades do trabalho em saúde que atravessam o campo dos processos educativos nessa área.

O primeiro elemento a ser considerado é o fato de esse trabalho ser fortemente regulado pelas lógicas nucleares das profissões, tais como as normatizações específicas e os atos privativos, implicando uma tensa arena de

---

<sup>5</sup>. Vinculado ao modelo de produção fordista, o taylorismo consiste num modelo de administração capitalista do trabalho, pautado no controle do trabalhador, na divisão do trabalho em tarefas fragmentadas e simplificadas visando o aumento de sua produtividade, juntamente com a cisão entre execução e planejamento do processo produtivo (VASCONCELOS, 1989). Este modelo é reproduzido no âmbito da saúde, expressando-se na organização do trabalho através de departamentos e seções recortadas segundo profissões, nos atos parcelares e fragmentados, bem como na cisão entre planejamento e execução das ações assistenciais. No que tange especificamente à atenção primária em saúde, os princípios tayloristas da administração do trabalho se expressam (VASCONCELOS, 1989): na ênfase para a utilização de auxiliares de saúde, com a decomposição de atividades profissionais em tarefas fragmentadas; na utilização de tecnologias apropriadas e simplificadas, ou seja, em procedimentos de trabalho que permitem sua padronização e produção em série; por sua vez, a padronização embasa o estabelecimento de metas numéricas de produtividade.

interesses corporativos, por vezes contrários ao projeto de Reforma Sanitária. Este elemento indica que a mudança no trabalho em saúde passa pelo diálogo com os organismos das profissões em saúde, de modo que o exercício destas possa empreender respostas ao campo das necessidades sociais em saúde, ao modelo assistencial previsto pelo SUS.

Outra particularidade, relacionada com o aspecto anterior, é o fato de ele ter como base uma dada formação específica que media a conformação de sua intencionalidade e a relação com o campo das necessidades sociais em saúde, ou seja, compreende o processo de apreensão e respostas a estas necessidades. Trata-se, assim, de um campo estratégico para a efetivação de mudanças no trabalho em saúde, diretamente relacionado com o ensino superior.

Consideramos que as contribuições realizadas por Marx (1989; 2004a; 2004b) em relação à categoria trabalho são especialmente relevantes para esta discussão. Nesta trilha, é necessário pensarmos o trabalho como unidade dialética e contraditória, ou seja, como trabalho que pode materializar-se em alguns momentos como concreto e em outros como abstrato, bem como mediarmos esses conceitos com as particularidades do trabalho no setor saúde, de forma a construir aportes para a formação voltada para o SUS.

No que tange à dimensão concreta do trabalho, é fundamental relacioná-la com os produtos e o valor de uso, ou seja, identificar de que forma estes impactam na atenção em saúde e o que representam do ponto de vista do trabalhador dessa área. Nesta trilha, abre-se como possibilidade a análise da dimensão concreta particular dos trabalhos das diferentes profissões inseridas nas equipes multiprofissionais.

Outro aspecto consiste na apreensão da dimensão teleológica do trabalho (MARX, 2004a; 2004b), ou seja, o plano da intencionalidade, que, no caso dos trabalhadores da saúde se insere diretamente no campo da disputa de projetos para este setor, indissociáveis de projetos societários. Nesta dimensão do trabalho que se move a esfera cultural e valorativa que pode, em parte, reforçar tendências regressivas no campo do direito social ou, estrategicamente, fortalecer o Projeto de reforma Sanitária, contribuindo para a consolidação de uma contra-hegemonia no setor saúde.

Se atentarmos para a dimensão ontológica do trabalho (MARX, 2004a; 2004b), ela também oferece aportes para a discussão dos processos educativos a partir do mundo do trabalho. Tal dimensão demarca o significado do trabalho como atividade humana constituinte do ser social, que ao projetar e incidir na realidade a transformando, também é produtora de sentidos para o próprio sujeito que a realiza. Ou seja, o trabalho não opera transformações somente no objeto ou matéria sobre a qual incide, mas converte-se em processo de transformação/produção dos sujeitos.

Neste horizonte, ganham destaque o processo de educação permanente do trabalhador e a formação pelo próprio trabalho, o que implica apreender e fortalecer o trabalho em saúde na sua dimensão criativa, valorizando o potencial educativo que dele emerge para a qualificação do atendimento às necessidades em saúde.

Por último, é fundamental destacar do debate marxista sobre trabalho a sua dimensão abstrata (MARX, 2004a; 2004b), pois este se materializa pela mediação do mundo/mercado de trabalho e da gestão do trabalho no SUS, imprimindo-lhe configurações diversas que, por vezes, tensionam suas dimensões teleológica e ontológica. Assim, são crescentes os processos de precarização no interior do setor saúde, bem como a diversificação dos vínculos contratuais, acarretando uma realidade por vezes adversa para os trabalhadores dessa área, com importantes impactos na qualidade da atenção.

Apreender essa dimensão abstrata do trabalho é fundamental, tendo em vista não esvaziá-lo de historicidade e desvinculá-lo dos processos de alienação, bem como das lutas pela superação dessa forma determinada de trabalho (IAMAMOTO, 2008). As expressões particulares do trabalho abstrato e dos processos de alienação no setor saúde podem ser visualizadas nas crescentes relações desumanizadas, na banalização e indiferença frente ao sofrimento humano, na baixa disponibilidade para a escuta e acolhimento às demandas dos sujeitos. Em verdade, isto demonstra a forma de objetivação que assume o trabalho na sociedade regida pelo capital, a qual se expressa na relação reificada entre sujeitos (ANTUNES, 2007), que penetra progressivamente em todas as esferas da sociabilidade humana.

Além desses aspectos, o trabalho possui centralidade na natureza do setor saúde, pois é este o elemento central da produção dos serviços nessa área, materializados no cuidado prestado à população usuária. Assim, caracteriza-se por ser trabalho vivo em ato, no qual ganha destaque a sua dimensão relacional (campo



das tecnologias leves), posto que incide no complexo objeto da saúde, em sujeitos que vivenciam o processo saúde-doença e as distintas necessidades dele decorrentes (MERHY, 2007). Sobre este aspecto, vale lembrar o debate marxista sobre o trabalho como serviço (MARX, 1989; 2004a; 2004b) consumido em ato, e por se dar na esfera estatal, tal como o trabalho em saúde do SUS, seria considerado improdutivo. Contudo, é pertinente ressaltar que, embora não produza diretamente mais-valia, compõe a sua distribuição social via Estado e políticas sociais.

Considerar as particularidades do trabalho em saúde é fundamental para que possamos tecer estratégias que as contemplem na formação nessa área, buscando consolidar a articulação necessária entre os setores saúde e educação. A necessidade dessa articulação ganha densidade pela pouca permeabilidade dos processos educativos na área da saúde às lutas pela redemocratização da sociedade e à afirmação da saúde como direito social, eixos que informam o Projeto de Reforma Sanitária. O campo da educação das profissões da saúde ainda se encontra fortemente arraigado ao modelo privatista e hegemônico de saúde, conformando um polo de tensão e resistência ao SUS que necessita ser alvo de diferentes ações.

Este polo de tensão tem aglutinado a atenção de diferentes atores sociais envolvidos no SUS. A necessidade de articulação entre os setores saúde e educação vem sendo debatida desde o processo de mobilização pela Reforma Sanitária, sendo incorporada na legislação do SUS, o que será alvo de nossa discussão nos itens seguintes.

Apesar do arcabouço legal que dá sustentação à articulação entre saúde e educação, em especial ao trabalho e ensino em saúde, este é um dos campos do SUS pouco problematizados. Tal realidade é correspondente na educação, onde também há escassas formulações que deem conta de apreender a natureza da Reforma Sanitária, produzindo sustentação intelectual e práticas docente-pedagógicas a ela direcionadas (CECCIM, 2008).

Desta forma, ao longo do desenvolvimento das propostas político-pedagógicas dos cursos de formação dos profissionais de saúde, há um claro distanciamento entre tais propostas e as necessidades sociais da população usuária do SUS. Trata-se de um visível favorecimento às especializações focadas na

doença, ao setor privado de serviços de saúde, à fragmentação de saberes e práticas, repercutindo num distanciamento da constituição de uma abordagem integral nos serviços de saúde. Tal distanciamento evidencia-se por um perfil tecnicista de ensino - centrado em conteúdos, com orientação biologicista na abordagem da saúde e grande preocupação com a sofisticação dos procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento – em detrimento de abordagens pedagógicas problematizadoras, que valorizem o protagonismo dos estudantes e o conhecimento acumulado em diferentes áreas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Essa configuração do ensino superior na área da saúde expressa a vigência de tendências privatistas também no setor educação, ou seja, a subordinação dos processos formativos à lógica do mercado, o qual assume o crescente papel de mediador e regulador de várias esferas da vida social. Em verdade, trata-se de uma articulação bastante forte da formação em saúde com o modelo hegemônico e o projeto privatista em saúde, como já ressaltamos anteriormente, o que se converte em um campo de resistência à implantação do SUS.

Além disso, a própria universidade brasileira vem sendo alvo de processos de reconfiguração que a limitam como uma instituição social pública e laica - dotada de autonomia intelectual e posicionamento frente à estrutura societária – tendo em vista a sua caracterização como uma organização prestadora de serviços, regida por sua própria instrumentalidade e, portanto, dissociada do diálogo crítico sobre sua função social com a realidade na qual está inserida, (CHAUÍ, 2003).

Conforme esta autora, a reconfiguração da universidade rumo a uma organização social, assume características distintas ao longo das últimas décadas: nos anos 1970 temos uma universidade funcional, correspondente ao milagre econômico dos anos de ditadura, voltada à formação rápida de mão-de-obra qualificada para o mercado de trabalho; o delineamento de uma universidade de resultados, na década de 1980, marcada pela expansão das escolas privadas e pela introdução da parceria entre universidade pública e empresas; e a universidade operacional, a partir dos anos 1990, estruturada em torno de contratos de gestão e com a idéia de flexibilidade e produtividade, regida por padrões alheios à formação e ao conhecimento intelectual.

Diante dessa realidade, cabe indagar sobre o papel do ensino superior na sociedade, consolidando este como um polo de produção de conhecimentos e

futuras práticas profissionais que fortalecem as lutas por afirmação de direitos. Desta forma, a educação configura-se “(...) como uma prática social, uma atividade humana e histórica que se define no conjunto das relações sociais, no embate dos grupos ou classes sociais, sendo ela mesma forma específica de relação social” (FRIGOTTO, 2003, p. 31).

Além disso, a educação é intrinsecamente relacionada com o processo de internalização de valores de uma sociedade mercantilizada que – ao serem assumidos como concepções e aspirações “inquestionáveis” pelos indivíduos – engendram permitem a reprodução do capital (MÉSZÁROS, 2005). Desta forma, situar a educação em uma dimensão emancipatória e crítica implica, conforme este autor, problematizar esse processo de internalização, compreendendo a aprendizagem como elemento do próprio viver histórico e, portanto, componente de um processo ampliado de transformação que engendre uma sociabilidade para além do capital.

É visível, no campo da educação, a articulação dos processos educativos à formação de um trabalhador que responda às necessidades da acumulação capitalista, inclusive no que tange ao setor saúde, por exemplo, às exigências do subsistema privado de serviços. Mas sendo este um campo eivado de contradições, nele há espaço para a disputa e adoção de processos formativos que dialoguem com as demandas das classes trabalhadoras, para a formação de profissionais, em especial no campo da política pública de saúde, que se voltem para a compreensão das necessidades e demandas sociais dessas classes.

Neste horizonte, cabe destacar que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 1996) ressalta que a finalidade da educação superior é (art. 43) “formar diplomados nas diferentes áreas do conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira” (inciso II), assim como “estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e os regionais, de prestar serviços especializados à comunidade e de estabelecer com esta uma relação de reciprocidade”. A Universidade, nesse sentido, precisa contribuir com conhecimentos e práticas educativas que subsidiem a elevação dos patamares de sociabilidade do conjunto da população, fortalecendo seu compromisso social através de um ensino que responda aos desafios de seu tempo, pois

“Para a Universidade, é fundamental alimentar-se da vivência cotidiana e das novas demandas que são postas pela sociedade, para que se mantenha atualizada, respondendo e formando profissionais propositivos e capacitados a enfrentar a realidade concreta (...) Para as instituições ou organizações parceiras, em especial o poder público, a qualificação dos serviços e os conhecimentos socializados subsidiam ações que possam lograr maior alcance e efetividade, beneficiando trabalhadores e, especialmente, o público usuário (MENDES, PRATES E AGUINSKY, 2006).

No que tange à atuação da Universidade no ensino em saúde, podemos pontuar algumas experiências nessa área voltadas para as demandas da sociedade, assim como políticas governamentais indutivas de mudanças na graduação das profissões na área da saúde. Procuramos sintetizá-las nos quadro que segue. Por ser um campo relativamente “novo”, que ganha espaço como área de investigação e produção de conhecimentos, se constituem em experiências que necessitam ser alvo de pesquisas tendo em vista avaliar o seu impacto no SUS e no trabalho em saúde.

**Quadro 1: Projetos e políticas direcionadas para a mudança do ensino na área da saúde**

<p><b>Rede IDA (1985-1997)</b></p>	<p>Desenvolvida nos anos de 1985 a 1997, configurou-se numa rede de articulação de Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) existente no país, promovendo experiências de intercâmbio e contou com a participação de atores importantes da reforma sanitária (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002). Uma avaliação dessas experiências - conforme a mesma autora - revela que estas tiveram pouco impacto na formação, por vezes devido ao isolamento dessas iniciativas, bem como devido a uma articulação “vertical” da universidade com os serviços de saúde.</p>
<p><b>Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: uma união com a comunidade (Projetos UNI)</b></p>	<p>Realizada no período entre 1991-1997, tratou-se de uma iniciativa apoiada pela Fundação Kellog em onze países da América Latina, a qual tinha como objetivo promover processos de mudança na formação em saúde, bem como o fortalecimento de sistemas de saúde de atenção universal (FEUERWERKER; ALMEIDA 2002). As avaliações dessas experiências apontam que um elemento determinante para a mudança da formação é a experimentação da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, a superação de atuações isoladas de departamentos de ensino (CECCIM, 2004).</p>
<p><b>Rede Unida de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais da Saúde (REDE UNIDA)</b></p>	<p>Criada em 1997, buscou agregar as experiências da IDA e dos Projetos UNI, passando a ter sua atuação direcionada para o fortalecimento da parceria entre universidades, centros de pesquisa, serviços de saúde e comunidade, bem como para a mudança da formação em saúde/políticas de recursos humanos (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002). Esta Rede tem participado dos debates sobre os processos de mudança no ensino em saúde, bem como mantém interface com o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), que congrega associações de ensino e pesquisa profissionais. Promove congressos periódicos, destinados à socialização de produções e à realização de debates sobre o ensino em saúde.</p>
<p><b>VER-SUS Vivências na Realidade do SUS</b></p>	<p>Direcionado à aproximação de estudantes de graduação com o SUS, em especial no que tange à gestão do sistema, foi promovido em articulação com o movimento estudantil em saúde com gestores do SUS, com versões em âmbito nacional e regional, contando com o protagonismo do estado do RS (CECCIM, 2004).</p>
<p><b>Programa de Reorientação da Formação Médica e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROMED e PRÓ-SAÚDE)</b></p>	<p>Ambos constituem-se em programas de incentivo às mudanças curriculares nos cursos da área da saúde, em especial ao processo de reorientação do modelo assistencial em saúde com base na atenção básica (Estratégia de Saúde da Família). O PROSAUDE, regido pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 3.019/2007, foi direcionado inicialmente aos cursos das profissões que compõem a equipe de Saúde da Família e ampliado para outras graduações da área. Ambas as experiências, promovidas e financiadas pelo Ministério da Saúde, ainda carecem de processos de avaliação que mensurem a mudança na formação da graduação, desde a estrutura curricular aos cenários de formação prática, bem como deem visibilidade aos impactos no âmbito da formação de trabalhadores, na reorientação do modelo assistencial do SUS.</p>
<p><b>Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE)</b></p>	<p>Baseado no Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação, o PET – SAÚDE foi instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.802/2008. Desenvolvido através de parcerias com Instituições de Ensino Superior e Secretarias de Saúde, tem como objetivo a qualificação dos trabalhadores em serviço, a iniciação no trabalho e a vivência de estudantes no SUS, fomentando a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.</p>

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Estas, entre outras experiências, evidenciam processos de mudança no ensino superior na área da saúde, indo de encontro à configuração hegemônica do ensino nessa área. Esse movimento é reforçado pelo processo de elaboração das diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde, que envolveu debates junto às entidades e associações profissionais, buscou incorporar os elementos de crítica já existentes à formação, bem como alguns aspectos das experiências gestadas nos últimos anos. Estas diretrizes reforçam os indicativos da legislação em saúde e apontam para processos educativos direcionados à construção de um perfil de profissionais da saúde

“(…) com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como, para atuarem, com qualidade e resolutividade no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira. A formação de recursos humanos para as profissões da área da saúde deve pautar-se no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados em saúde” (FNEPAS, 2007, p.1)

A formação de profissionais com este perfil é, portanto, um desafio para docentes e discentes de todas as profissões da área da saúde<sup>6</sup>, colocando, como exigência, a construção de mudanças nos processos educativos das instituições formadoras. As Diretrizes abrem um espaço para a realização dessas mudanças, tornando-se necessário construir processos de reformulação do ensino que partam da realidade local/regional e institucional de cada instituição/rede de serviços de saúde.

Destacamos como eixo de reflexão/proposição a possibilidade de adotar a centralidade do trabalho em saúde como uma estratégia para viabilizar a articulação da formação nesse setor com a realidade e as necessidades de consolidação do SUS. Partimos da perspectiva de colocar o trabalho como eixo articulador e criador de experiências pedagógicas porque é uma possibilidade de articular o mundo do trabalho e o mundo do ensino em saúde, reconhecendo a existência de uma relação dialética entre ambos, alimentando um circuito de qualificação e inovação assistencial no SUS. Desta forma, ganha relevo

---

<sup>6</sup> Para o Conselho Nacional de Saúde, são 14 as profissões da área da saúde (Resolução CNS nº 287/98): Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Para o Conselho Nacional de Educação e para o CAPES, a psicologia pertence às Ciências Humanas e o Serviço Social às Ciências Aplicadas.

“(...) a pertinência de articular e aproximar mundos do ensino e do trabalho, bem como recuperar e valorizar a dimensão humana do agente em formação. Mesmo que o trabalho venha sendo questionado como categoria sociológica-chave, o fato da produção de serviços de saúde ser centrada num fator trabalho-intensivo impõe considerá-lo como objeto de reflexão e crítica, além de campo de atuação” (PAIM, 1994, p. 66)

A articulação entre mundo do ensino e mundo do trabalho em saúde desafia a construção de estratégias pedagógicas no campo do ensino superior em saúde capazes de, dialogando com a necessidade de mudança do modelo assistencial, contribuírem para a formação de um novo perfil de trabalhadores, comprometidos ética e politicamente com a consolidação SUS. Significa também a construção processual de habilidades e competências<sup>7</sup> que respondam às necessidades desse sistema, dentre as quais se destacam: a identificação e atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, a atuação em equipe multiprofissional, o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e promoção em saúde, a construção de inovações no campo da gestão e do planejamento em saúde (políticas, programas e serviços), e a contribuição para o fortalecimento do controle social.

Neste horizonte, selecionamos âmbitos dos processos educativos que podem ser alvo de problematização, tendo em vista adotar o trabalho como estratégia de aproximação do SUS com o ensino superior em saúde: a organização curricular dos cursos; os cenários de prática profissionalizante; a relação com os conteúdos/dinâmica pedagógica; e a inserção da formação no contexto da Universidade.

No que tange à organização curricular dos cursos, esta deve primar pela aproximação com o SUS, através de elementos do trabalho profissional desenvolvido neste sistema, o qual deve ser transversal ao currículo, rompendo com a tradicional abordagem do ensino do trabalho restrita aos estágios. Além disso, a categoria trabalho pode se converter em um elemento articulador dos conteúdos de

---

<sup>7</sup>Para um debate sobre competências ver Ferreti (2002) e Ramos (2002). A partir desses autores ressaltamos que a noção de competência é discutida sob o enfoque do crescente interesse do capital no âmbito da educação, juntamente com as transformações ocorridas no campo do trabalho. Desta forma, o conceito de competências emerge associado ao debate sobre qualificação, tendo orientado reformas curriculares no âmbito do ensino. Dotadas de dimensão contraditória, as competências são atravessadas pela tensão entre a lógica de adaptação às mudanças do mundo do trabalho e uma perspectiva de qualificação para o trabalho mais ampla, como construção e relação social. Por sua vez, essa perspectiva se expressa, no plano da discussão curricular, na crítica da fragmentação disciplinar e na valorização das experiências concretas dos sujeitos como possibilidade significativa de aprendizagem

cada disciplina, procurando dotá-los de vinculação com temas relativos à prática no SUS, aos diferentes âmbitos de atenção ou, ainda, focar a rede localregional de serviços e o perfil sócio-epidemiológico da população usuária desta rede.

Neste horizonte, podem-se explorar possibilidades de readequação curricular que tanto contemplem as diretrizes específicas das diferentes graduações em saúde, e conseqüentemente o trabalho dessas profissões, quanto inseri-los no contexto das competências e habilidades apontadas nas diretrizes curriculares para os cursos da saúde, que requerem, portanto, equivalência em termos da estruturação dos currículos e disciplinas ofertadas pelas instituições formadoras. É fundamental que a concepção ampliada de saúde, preconizada pelo Movimento de Reforma Sanitária, seja fortemente trabalhada, tendo em vista possibilitar a compreensão e identificação dos diferentes fatores determinantes do processo saúde-doença, bem como o entendimento da saúde como direito social, inserida no contexto da Seguridade Social brasileira.

No que tange aos cenários de prática profissionalizante, estes precisam ser diversificados, contemplando a rede do SUS e não apenas alguns âmbitos de atenção, como historicamente tem se evidenciado na centralidade do hospital como campo de formação, fortalecendo, inclusive, a lógica das excessivas especializações, em detrimento do atendimento integral. Para tanto, é fundamental a construção de articulações entre os serviços de saúde e unidades acadêmicas, tendo em vista a criação de espaços formativos pautados pela lógica interdisciplinar, que possibilitem o estímulo e a vivência do trabalho em equipe. A experimentação de parcerias entre estudantes de diferentes áreas da saúde e a construção de projetos de intervenção coletivos poderão auxiliar a superar a fragmentação do trabalho e materializar a concepção ampliada de saúde nesta formação, contribuindo, assim, para inovações no dia-a-dia do SUS.

Quanto à dinâmica pedagógica e aos conteúdos da formação na área da saúde, estes precisam pautar-se em metodologias ativas de aprendizagem, que estimulem a cooperação e interação entre estudantes, bem como a busca por respostas coletivas a “situações-problema” emergentes da realidade do SUS, as quais devem ser alvo de diálogo constante. Em especial, podem explorar componentes da dimensão técnica e da atribuição privativa do trabalho profissional no SUS, conectadas com os desafios dessa política pública. Além disso, é



fundamental que estimulem o protagonismo dos estudantes, seja na busca de conhecimentos, na construção de alternativas pedagógicas que ampliem a aprendizagem, habilitando, assim, para uma dimensão fundamental do trabalho em saúde: empreender respostas a uma realidade complexa e dinâmica, lidar com incertezas, com a dinâmica relacional do cuidado em saúde, o que exige conhecimentos que transcendam saberes rigidamente estruturados.

Não há dúvidas de que uma formação dessa ordem se contrapõe à formação cartesiana que até então prevalece no ensino e nos serviços, o que se constitui, portanto, como uma mudança político-cultural que, para além dos interesses privatistas e corporativistas, privilegia a qualidade da educação como um direito social.

Além desses eixos, cabe destacar breves aspectos sobre a inserção da formação em saúde no contexto da Universidade. Acreditamos que um processo de mudança do ensino nessa área deve ser respaldado por articulações entre diferentes unidades acadêmicas, além de contar com o suporte da estrutura universitária. É fundamental estabelecer parcerias com as políticas e campus de extensão universitária, com a pesquisa e pós-graduação, viabilizando, nesses âmbitos, práticas compartilhadas, interdisciplinares, voltadas para o compromisso de qualificar, experimentar e produzir conhecimentos a partir do e para o trabalho em saúde.

Essas indicações sobre a centralidade do trabalho na formação, como estratégia de mudança dos processos educativos, não significa o retorno a concepções tecnicistas, ou mesmo de treinamento dos estudantes, para o exercício burocratizado do trabalho em saúde; ao contrário, pois

“(…) educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais para tornar-se a formação de um quadro de intelectuais do setor saúde na execução de um projeto tecnoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade, fundamentalmente uma sociedade de cidadãos. Profissionais, portanto, detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas (...)” (CECCIM, 2008, p. 13).

A formação desses profissionais faz parte de um projeto coletivo a ser efetivado por todos aqueles que buscam o fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. Desafia a superar, no cotidiano dos processos educativos em

saúde, as orientações pedagógicas tradicionais, a explorar a dimensão educativa e formativa da categoria trabalho, convertendo-a em polo de criação, de constituição dos sujeitos e dos seus processos de aprendizagem, em conexão direta com as necessidades de saúde da população usuária do SUS.

É neste horizonte de possibilidades formativas que valorizem o trabalho em saúde que se situa a Residência Multiprofissional em Saúde. No próximo item, recuperamos elementos da trajetória histórica da Residência, o processo de debate público acerca da mesma que culmina na sua regulamentação, bem como perspectivas atuais tendo em vista seu delineamento como uma política pública de formação de trabalhadores para o SUS.

## **2.2 A Residência Multiprofissional em movimento: histórico, regulamentação e perspectivas na conjuntura atual**

A modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde - como uma formação que se dá diretamente em serviços de saúde a partir do trabalho em equipes multiprofissionais - antecede a constituição do Sistema Único de Saúde. Como referência histórica dessa formação, podemos destacar a Residência da Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre, criada em 1976 pela Secretaria Estadual de Saúde. Trata-se da primeira residência em Medicina Comunitária do país, a qual, no ano de 1978, torna-se multiprofissional, contando com a participação de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e médicos veterinários (BRASIL; MS; SGTES, 2006).

Além dessa experiência, ao final da década, no ano de 1979, é instituído o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública - (PAR – MP/MS/SP) pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – o qual aproveita a experiência da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), que vinha desenvolvendo formação multiprofissional desde 1977, através do programa de Treinamento Avançado em Serviço (TAS) (PEDERNEIRAS ET AL, 1984 apud RAMOS ET AL, 2006)

Data também de 1977 a regulação da Residência Médica, através do Decreto nº 80.281, a qual foi impulsionada pelo movimento de residentes médicos. Esta residência existe no país desde a década de 1940, mas a sua expansão e ampla adoção como modalidade de formação continuada e especializada de médicos data da década de 1960. Essa expansão decorre, entre outros fatores: da intensificação do uso de tecnologia especializada, associada ao acúmulo de capital no setor saúde; da carência de treinamento prático ofertado pelas universidades; e da crescente competitividade e especialização do mercado de trabalho para essa área (FEUERWERKER, 1998). Desde então, a Residência vem sendo amplamente adotada na categoria médica, considerada como “padrão ouro” de formação<sup>8</sup>.

Ainda na segunda metade da década de 1970 e início da década de 1980, diversos fatos significativos marcam o campo da educação em saúde. Entre estes estão (PAIM, 2008): a ampliação dos debates nas universidades, o Movimento de Renovação Médica (REME), a criação dos departamentos de medicina preventiva, a atuação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a realização da Conferência de Alma-Ata (em 1978), a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que, juntamente com a mobilização dos trabalhadores da saúde e usuários, demarcam movimentos de renovação do pensamento e das práticas de saúde, dos quais emergirão a proposta e o movimento de Reforma Sanitária e o adensamento da Saúde Coletiva.

No que tange à formação multiprofissional em Residência, nesse período ocorre uma expansão<sup>9</sup> das iniciativas nessa área, apoiadas pelo PAR, e, logo após, um refluxo, em 1982, quando há uma mudança da orientação do INAMPS, o qual passa a incentivar a transformação das Residências em Medicina Preventiva e Social em Residências de Medicina Geral Comunitária, extinguindo, assim, o

---

<sup>8</sup> A regulamentação da Residência Médica ocorre em 1981 através da Lei 6.932; a Residência passa a ser definida como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por *treinamento em serviço*, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. (FEUWEWECK, 2000, p. 8).

<sup>9</sup> Em 1980, observa-se essa expansão com a existência de programas multiprofissionais na Escola Nacional de Saúde Pública e Secretaria de Estado do RS/Murialdo, - já existentes desde 1977 e 1978, respectivamente - nas Universidades Federais da Bahia, Paraíba e Pernambuco, Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina Petrópolis, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PEDERNEIRAS ET AL, 1984 apud RAMOS ET AL, 2006).

financiamento para os residentes não-médicos (PEDERNEIRAS ET AL, 1984 apud RAMOS ET AL, 2006). Neste mesmo período, podemos ressaltar também a criação, em 1984, da especialização em saúde mental no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre – RS, como uma modalidade de formação multiprofissional em serviço articulada com a residência em psiquiatria (DIAS, 2007). Nessa época também houve um período de refluxo na formação multiprofissional no Murialdo, a qual será retomada em 1985.

Em um quadro de esgotamento do regime militar, de crescentes críticas à ineficácia e seletividade da assistência médico-previdenciária diante do quadro social e sanitário brasileiro, processam-se alterações nas políticas de saúde, as quais introduzem movimentos iniciais de reorganização desse setor, sinalizando para medidas de extensão de serviços básicos e ambulatoriais, para a articulação dos serviços já existentes e sua descentralização (PAIM, 2008). Entre estas alterações estão: a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, a adoção do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o Plano de Reorientação da Assistência em Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP) e as Ações Integradas em Saúde (AIS).

O acúmulo de forças políticas progressistas e o balanço crítico das políticas de enfoque racionalizador vigentes nesse período culminam na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação, a qual lança os pressupostos do Sistema Único de Saúde, bem como sintetiza o pensamento crítico sobre saúde, gestado no bojo da redemocratização da sociedade brasileira.

Na década de 1990, após a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), a implantação do SUS coloca como desafio não só a universalização e garantia do direito à saúde, mas uma mudança qualitativa no fazer saúde, ganhando destaque iniciativas voltadas para inovações no plano assistencial que tenham como foco a integralidade na atenção às necessidades de saúde. Um dos desafios consiste em ampliar a rede de serviços e o acesso, equiparar desigualdades sob o prisma da equidade, bem como ampliar o escopo das práticas em saúde, o que necessita de trabalhadores comprometidos ética e politicamente com a consolidação dessa política, mas que também possuam formação técnica e teórica para responder aos impasses cotidianos vivenciados na rede de saúde.

Outro aspecto relevante, que marca os debates da formação em saúde, é a centralidade que assume a atenção básica no sistema de saúde, reforçada pela criação e ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) ao longo dos anos 1990, discussão que abordaremos no próximo capítulo. A particularidade desse nível de atenção do SUS, somada à histórica centralidade do hospital na educação em saúde, passará a demandar estratégias específicas de formação de trabalhadores para a atenção básica, entre elas, o incentivo governamental às Residências de Medicina de Família e Comunidade, articuladas com residências multiprofissionais, as quais se expandirão na década seguinte, o que também será focado no próximo item.

Neste quadro, na década de 1990, emergem novos programas de Residência Multiprofissional, entre estes, o Programa de Residência em Saúde Mental<sup>10</sup>, do Instituto Philippe Pinel, em 1994, e o Programa de Residência em Saúde Coletiva<sup>11</sup>, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1995. No final dessa década (1999), é criado o Programa de Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS/ESP), que revitaliza as experiências de residências multiprofissionais já existentes desde a década de 1970 nos serviços da Secretaria Estadual de Saúde.

A RIS/ESP abrange quatro ênfases de formação, quais sejam: a Residência Integrada com ênfase em “Atenção Básica em Saúde Coletiva”, realizada no Centro de Saúde-Escola Murialdo de forma integrada com a Residência de Medicina de Família e Comunidade; a Residência Integrada com ênfase em “Saúde Mental na Saúde Coletiva”, realizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro, de forma articulada com a Residência de Psiquiatria; a Residência Integrada em “Dermatologia Sanitária”, desenvolvida no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, em conjunto com a Residência Médica de Dermatologia; e a Residência Integrada em “Pneumologia Sanitária”, efetivada no Hospital Sanatório Partenon.

Essa Residência é regulada pela Portaria Estadual 16/99, com financiamento garantido pela Lei Estadual 11789/02. Trata-se de umas das primeiras residências multiprofissionais a serem reguladas através de legislação estadual específica e garantia de financiamento público sistemático, o que evidencia o pioneirismo do

---

<sup>10</sup> Informação disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/Pinel.htm>>. Acesso em: 05 out. 2009.

<sup>11</sup> Informação disponível em: <<http://www.nesc.ufrj.br/posgrad.htm>>. Acesso em: 05 out. 2009.

Estado do RS nessa área, tanto pela sua trajetória histórica na formação multiprofissional em serviço, como na formulação de políticas que garantam sua consolidação.

Na esteira de diversas experiências de formação em saúde acumuladas nas últimas décadas, nos anos 2000, a temática da formação de trabalhadores para o SUS passa a ganhar maior visibilidade, sendo alvo de políticas específicas, seja no plano da graduação, como na formação continuada, pós-graduada e permanente.

Na conjuntura recente, aglutina-se um projeto de crítica à configuração hegemônica da formação em saúde, o qual passa a adquirir espaço nos quadros governamentais e ter como produto uma série de iniciativas, legislações e políticas específicas, dentre as quais destacamos: a revisão do documento “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” – NOB/RH-SUS, no ano de 2003; a criação de 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, financiadas pelo Ministério da Saúde, no ano de 2002/2003; a constituição da política de Educação Permanente em Saúde em 2004<sup>12</sup>, alterada em 2007<sup>13</sup>; iniciativas de incentivo a mudanças na graduação das profissões de saúde (tematizadas no item anterior); Pacto em Saúde<sup>14</sup>, em 2006, em especial o Pacto de Gestão, que inclui o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde; a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, em 2006.

Essas iniciativas, legislações e políticas, em seu conjunto, evidenciam processos de discussão e mobilização de trabalhadores, gestores e usuários tendo em vista a reorganização da política de formação em saúde, visando a garantir a atribuição do SUS no ordenamento de recursos humanos para esse setor. *É neste quadro de mobilização por uma política pública de formação para o SUS, direcionada à materialização desse Sistema e à mudança do modelo assistencial, que se movimenta a Residência Multiprofissional em Saúde.*

A Residência Multiprofissional constitui-se numa modalidade de formação pós-graduada lato sensu, desenvolvida em serviços do SUS, sob supervisão técnico-profissional. Sua potencialidade reside em estar orientada para a apreensão

---

<sup>12</sup> Portaria nº 198/GM/MS de 13/02/2004.

<sup>13</sup> Portaria nº 1.996/GM/MS de 20/08/2007.

<sup>14</sup> Portaria nº 699/GM de 23/03/2006.

e o atendimento ampliado às necessidades de saúde da população, para a qualificação do cuidado em saúde frente ao processo saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Para tal, esta formação ocorre através da integração dos eixos ensino-serviço-comunidade, do trabalho em equipe interdisciplinar e da permanente interlocução entre os núcleos de saberes e práticas das profissões envolvidas na formação.

Na contratendência da realidade ainda vigente nas graduações e no próprio trabalho em saúde, a Residência Multiprofissional procura romper com a lógica de fragmentação entre as profissões, buscando a necessária complementaridade entre práticas e saberes distintos, bem como a construção de competências compartilhadas. Procura também superar a dissociação entre ensino e serviço, situando a rede do SUS como locus de aprendizagem e de inovação assistencial. Desta forma, essa modalidade de formação vem se constituindo numa estratégia potencializadora da mudança na atenção em saúde, tendo em vista superar a atuação curativa e pontual por uma abordagem totalizante e integral do processo saúde-doença. Neste horizonte,

“(...) a residência é um espaço de (trans) formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar. É uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pelo exercício, sob supervisão, da prática profissional que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados, dotados de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida e de instalações apropriadas ao ensino em serviço, com vistas a proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo” (RAMOS ET AL, 2006, p. 380).

Cabe ressaltar que a estratégia pedagógica sob a qual se desenvolve a formação é a centralidade do trabalho, aspecto que também demarca a particularidade da Residência Multiprofissional diante das demais pós-graduações *lato sensu*, discussão que abordaremos no próximo item. Além disso, a Residência se encontra na permanente interface entre a Formação Profissional em Saúde e a Educação Permanente e Pós-Graduada em Saúde. As experiências criadas nos programas de Residência indagam sobre as lacunas a serem superadas na Formação Profissional, ao mesmo tempo em que sinalizam para os limites e

possibilidades de qualificação e mudança do trabalho no SUS, que devem ser alvo da Educação Permanente e da produção de conhecimentos na pós-graduação.

Embora a Residência Multiprofissional seja respaldada no arcabouço jurídico do SUS, é somente na conjuntura recente que essa modalidade de formação adquire estatuto de política, contando com normatização específica. Reiteramos que a existência dessa formação não é recente, inclusive com iniciativas estaduais de financiamento; contudo, é com o investimento sistemático do Ministério da Saúde nas Residências, particularmente intensificado em 2003, que se amplia, entre o conjunto de atores sociais envolvidos nessa formação, o debate sobre a regulamentação da Residência, com vistas à sua consolidação como política pública.

O processo de fortalecimento dessa modalidade de formação vincula-se, em parte, à atuação de atores da gestão que passaram a pautar no governo federal a Residência Multiprofissional, procurando formular políticas alinhadas ao projeto de Reforma Sanitária<sup>15</sup> no campo da Gestão e Educação do Trabalho em Saúde. Aglutina-se um projeto de mudança da formação em saúde, do qual a Residência Multiprofissional é parte. Trata-se, assim, de um processo em que projetos políticos, gestados no campo da articulação de movimentos da sociedade civil e da esfera pública, adquirem espaço nas agendas governamentais através do comprometimento de atores em posições estratégicas nos quadros do Estado, demarcando momentos de sintonia entre propósitos do Estado e da sociedade, bem como o compartilhamento de projetos políticos (DAGNINO, 2002).

Na busca de sustentabilidade política desse projeto, evidencia-se o estabelecimento de uma articulação mais consolidada dos formuladores das políticas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), que corrobora o conteúdo destas políticas. No que tange, especificamente, à regulamentação da Residência Multiprofissional, ocorre a articulação entre atores

---

<sup>15</sup> Considera-se que, dentro de uma mesma gestão estatal, refratam-se projetos políticos com orientações distintas quanto à formulação das políticas públicas, processo que engloba a atuação estratégica da sociedade civil nas instâncias de gestão democrático-participativas. Assim, embora se evidencie, nesse período, uma tendência progressista no âmbito da formulação das políticas de saúde em tela, se mantêm as tendências regressivas no campo da política econômica deste governo, bem como no âmbito da educação, setor de fundamental interface com as políticas de formação em saúde.



comprometidos com essa formação, dando vazão a um movimento em prol da regulamentação das Residências entre este coletivo de residentes.

Neste período, procura-se articular forças para a construção de uma Comissão Nacional das Residências em Saúde que possa também agregar as Residências Médicas como órgão responsável pela normatização de ambas as formações, o que não é possível devido a fortes resistências dessa corporação. Isso representa um retrocesso na trajetória de regulamentação dessa formação, bem como para a consolidação de interfaces entre as profissões da saúde. Revela, ainda, fortes resistências e a existência de articulação política contrária às mudanças de formação em saúde, bem como à extensão da residência a todas as profissões da saúde<sup>16</sup>. Assim, ainda é um desafio romper com a prevalência da especialização e da fragmentação dos saberes nas estruturas de formação em saúde, o que, no nível cotidiano dos serviços dessa área, acaba por se traduzir em tensões e relações de poder que limitam a efetiva interdisciplinaridade e integralidade do cuidado em saúde.

Não logrando êxito a tentativa de criação de uma única comissão de Residência, outra etapa da mobilização foi a viabilização do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, no ano de 2005. A realização desse seminário pode ser considerada um marco inicial nas discussões sobre as diretrizes dessa formação, pois congregou residentes, supervisores, coordenadores de diferentes programas de residência do país<sup>17</sup>, além de gestores, totalizando cerca de 150 participantes. Teve como produto a elaboração de documento<sup>18</sup> que foi

---

<sup>16</sup> Ainda é hegemônica a percepção de que a modalidade de formação residência é exclusivamente médica, apesar de, há cerca de 30 anos, várias profissões da saúde participarem dessa formação. Essa tendência é reforçada pela corporação médica que, frequentemente, advoga a exclusividade dessa formação para os médicos, bem como desqualifica as residências multiprofissionais. É exemplar neste sentido a matéria veiculada no jornal do SIMERS (Sindicato dos Médicos do RS), em junho de 2007, denominando a Residência Multiprofissional como a formação de uma “massa amorfa de profissionais de saúde” (Revista VOX médica, ano VI, nº 34, Porto Alegre). Cabe, ainda, mencionar as reiteradas tentativas de implantação do Ato Médico, estabelecendo a hierarquização no trabalho entre as profissões da saúde, bem como limitando a atuação e autonomia dessas profissões na atenção em saúde.

<sup>17</sup> A participação de diferentes atores foi viabilizada pelo financiamento do Ministério da Saúde (MS) para o deslocamento de representantes dos 22 programas de Residência desenvolvidos com financiamento do MS, totalizando o investimento de R\$ 49.766.636,87. Informação disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23362](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23362)>. Acesso em 06 de outubro de 2009. Havia a prioridade de interlocução com estes programas, dado o montante de recursos investidos.

<sup>18</sup> Documento disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23362](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23362)>. Acesso em 06 de outubro de 2009.

posteriormente consolidado pelo Ministério e pelo Conselho Nacional de Saúde no qual estão sistematizados os debates efetivados pelos grupos de trabalho acerca dos seguintes eixos: estratégias para a construção da multidisciplinaridade visando a atender o preceito constitucional da integralidade; composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS).

Esse evento configurou-se como um espaço de reconhecimento e interlocução dos atores envolvidos nessa formação, de elaboração de proposições iniciais quanto aos princípios e diretrizes da Residência, além de contar com o envolvimento do controle social, instância que outorga maior solidez para as propostas emergidas. A realização do I Seminário de Residência Multiprofissional ampliou a necessidade de maior debate público sobre essa modalidade de formação, tendo em vista a sua normatização.

À época, foi publicado um conjunto de Leis e Portarias importantes para a consolidação da Residência Multiprofissional. Foram elas: a Portaria nº 1.111/GM, de 5 julho de 2005; a Lei nº 11.129, de 30 junho de 2005 e a Portaria Interministerial MEC/ MS nº 2.117, de 3 novembro de 2005. Contudo, a partir dessas legislações, não foi viabilizada a regulamentação efetiva dessa Residência, o que ocorreria através da implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, com competência para credenciar, fiscalizar, autorizar a abertura e avaliar os programas de Residência. Nesse momento, houve uma mudança das forças políticas à frente da pasta ministerial da Saúde e, em especial, no Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) e na Secretaria de Gestão da Educação e Trabalho em Saúde (SEGETS), colocando incertezas quanto à continuidade do processo inicial de consolidação dessa formação.

Nesse quadro, no ano de 2006, assistimos a uma série de iniciativas do conjunto de atores envolvidos nas Residências, tendo em vista avançar ainda mais na afirmação dessa modalidade de formação como política pública. Assim, apesar da mudança de orientação política dos referidos departamento e secretaria, a pauta das Residências permaneceu sustentada pela articulação política estabelecida com o CNS, assim como pela latente mobilização, adensada pelo I Seminário.

Cabe destacar o caráter dinâmico e participativo que assumiu o processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde, no qual o

protagonismo do movimento dos residentes merece destaque. Embora com uma organização incipiente - o que trouxe tensionamentos internos a esses atores políticos<sup>19</sup>- esse movimento, tendo em vista ampliar e adensar os debates sobre a Residência, produziu o “Projeto de articulação e produção de debates sobre a Formação Profissional em Saúde: Residências Multiprofissionais em Saúde”<sup>20</sup>, o qual foi enviado ao Ministério da Saúde. O resultado pode ser considerado exitoso, pois o projeto garantiu o financiamento para a realização de Seminários Regionais em todo o país<sup>21</sup>, que culminaram no II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, com a presença de 250 participantes. Este evento deu continuidade a formulações iniciais sobre a política de formação em Residência, aprofundando os eixos já discutidos nos seminários regionais.

Nesse seminário fizeram-se presentes uma diversidade de atores, momento no qual também se instauraram disputas entre projetos e concepções acerca de formação e trabalho em saúde. Foram intensas as discussões, que culminaram na pactuação das diretrizes da Residência, principalmente na composição da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), a qual contemplou diversos segmentos<sup>22</sup> e forças políticas, com ênfase para a articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação, gestores e trabalhadores da saúde, preceptores, coordenadores, residentes das Residências e graduação em saúde, através do movimento estudantil e das associações de ensino das profissões.

A efetivação desses eventos, que podem ser considerados uma conquista do processo de mobilização dos residentes e demais atores, também ia ao encontro

---

<sup>19</sup> Há de destacar, desse processo de articulação do movimento de residentes, uma dinâmica presente no processo de constituição inicial de movimentos que têm suas pautas relacionadas à formulação de políticas: o processo de compatibilização entre a necessidade de resposta política às agendas e políticas governamentais, no sentido de buscar imprimir, nestas, as demandas do movimento, o processo de consolidação da identidade e projeto político, tendo em vista intervir na arena pública com maior densidade e clareza política.

<sup>20</sup> A elaboração deste projeto contou com o protagonismo ativo de residentes de Porto Alegre e Pernambuco.

<sup>21</sup> Através do financiamento, foi viabilizada a participação de pelo menos um residente e um preceptor de cada programa de Residência Multiprofissional do país, além dos coordenadores dos programas, nos seminários regionais (realizados na região Nordeste, junto ao Congresso Nacional do CONASEMS; nas regiões Sul e Sudeste, dentro do Congresso da Rede Unida; nas regiões norte e centro oeste, em Brasília).

<sup>22</sup> Quais sejam: Representação dos Residentes, do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Movimento Estudantil (através das executivas de Curso), representante dos coordenadores dos Programas de Residência, preceptores ou tutores de Programas de Residência, representante das instituições de ensino superior, além dos Ministérios da Saúde e da Educação.

dos interesses políticos de uma nova gestão, tais como demarcar como fato político a regulação dessa formação e compor com as pressões políticas dos movimentos e instâncias de controle social. Isto se evidenciou na dinâmica de discussão desses seminários, que tiveram como marca a composição de dissensos, tendo em vista o interesse do Estado, de residentes, tutores e preceptores na efetivação do processo de regulamentação da Residência.

No que tange ao debate das diretrizes e princípios da Residência e de seus aspectos político-pedagógicos, verificamos que incorporaram o produto dos debates efetivados em todo o país, em especial as proposições dos residentes, haja vista a participação ativa deste segmento nos grupos regionais de discussão/elaboração de propostas que foram consolidadas no Seminário Nacional.

À época, após o II Seminário, foi organizada pela SGTES, em conjunto com o DEGES uma publicação sobre a Residência Multiprofissional (BRASIL; MS; SGTES, 2006), que apresenta relatos de experiências sobre vários programas de residência e dados sobre essa formação no país. Tendo em vista dar visibilidade ao panorama nacional dos programas financiados pelo Ministério da Saúde, agrupamos em categorias estes dados (BRASIL; MS; SGTES, 2006, p. 15).

É possível identificar que a grande concentração desses programas ocorre nas regiões sudeste (206 vagas), Sul (171) e Nordeste (125), com apenas 14 vagas na região Norte. Os estados que contam com maior número de vagas para residentes multiprofissionais, financiadas pelo Ministério são: São Paulo (107), Minas Gerais (99), Rio Grande do Sul (79), Santa Catarina (79) e Bahia (64).

No que se refere à concentração de vagas por categorias multiprofissionais, a maioria delas é destinada à enfermagem (152 vagas), seguidas pela Medicina (66) e pelo Serviço Social (56). Das vagas destinadas ao Serviço Social, a maioria delas é ofertada em programas da região Sul (20 vagas), seguidas pelas regiões Nordeste (19) e Sudeste (17).

Após o período de intensos debates nacionais impulsionados pelo II Seminário, seguiu-se um momento de hiato na articulação política. As diversas proposições elaboradas deveriam ser sistematizadas por um grupo de trabalho, a ser nomeado por portaria. Este período também foi marcado por dificuldades de interlocuções com o MEC sobre a pauta das Residências, haja vista a necessidade

de legislação intersetorial para a regulamentação dessa formação. Nesse momento de “espera” ocorreu, por fim, a nomeação<sup>23</sup> do Grupo de Trabalho, que sistematizou, com base nas propostas do II Seminário, a portaria que viria a regulamentar de fato a Residência Multiprofissional.

Cabe demarcar que, nesse processo, vários atores foram assumindo uma identidade política. Foi se consolidando o movimento dos residentes, aglutinado em torno da constituição do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais (FNRMS)<sup>24</sup>, assim como se consolidou a organização do fórum de coordenadores e preceptores. No que tange à dinâmica política do processo de regulamentação da Residência, podemos identificar dois movimentos: uma pauta que, já latente na sociedade, adquiriu expressão política e espaço na esfera pública através de uma disputa de prioridades nas agendas de governo, impulsionada por atores com vinculação histórica a essa temática; e o diálogo sistemático com o controle social, o qual promoveu a consolidação, no governo, da pauta das Residências, mesmo com as mudanças políticas no ministério. Assim, esse processo ancorou-se na articulação de movimentos dos diferentes segmentos envolvidos, que também foram impulsionados politicamente pelo processo de debate disparado pelas agendas governamentais, proposto pelos residentes através do referido Projeto.

Desta forma, o debate público sobre a Residência Multiprofissional e os pactos firmados quanto aos princípios e diretrizes para essa formação assumiram formato legal<sup>25</sup> em portaria interministerial que expressou a mobilização dos diferentes atores envolvidos nessa modalidade de formação. Após a publicação desta portaria, outra etapa no processo de regulamentação das Residências foi a implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS)<sup>26</sup>, no decorrer do ano de 2007. A implantação dessa Comissão colocou um novo desafio para a consolidação da Residência e também uma nova agenda política para os movimentos implicados nessa formação: a construção de critérios mínimos para o

---

<sup>23</sup> O grupo de trabalho foi oficializado através da portaria interministerial MEC/MS nº 2.538 de 19/10/2006.

<sup>24</sup> A constituição deste Fórum ocorreu em reunião realizada durante o evento do Laboratório de Práticas e Pesquisas sobre Integralidade em Saúde (LAPPIS) da UERJ, realizado no Rio de Janeiro, em outubro de 2006.

<sup>25</sup> Portaria nº 45, de 12 de Janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

<sup>26</sup> A estrutura, a organização e o funcionamento da CNRMS são definidos pela portaria interministerial nº 593, de 15/05/2008.

processo de credenciamento, a avaliação e o reconhecimento dos programas de Residência já existentes e a construção de câmaras técnicas<sup>27</sup> contando com a participação de conselhos e associações das profissões da saúde, configurando-se como novos atores que ingressam nos espaços públicos de discussão sobre essa formação.

A realização do III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em outubro de 2008 - neste ano antecedido por seminários estaduais e não regionais como anteriormente, se constituiu em um momento de socialização dos acúmulos já produzidos sobre essa formação e dos trabalhos da CNRMS, tendo como eixos centrais o processo de avaliação das Residências, a discussão sobre ênfases de concentração dos programas, além de contar com a presença de novos atores e o acúmulo de segmentos já presentes nos seminários anteriores.

Entre esses novos atores, estão os cerca de 100 avaliadores das Residências, recentemente selecionados<sup>28</sup> pela Secretaria de Educação Superior do MEC, que tiveram sua participação no III Seminário, financiada pelo Ministério da Saúde, tendo em vista este ter sido antecedido pela I Oficina de Avaliadores de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde.

O debate sobre o processo de avaliação englobou a construção de critérios mínimos dos programas de residência, no sentido de viabilizar a adequação de programas já existentes, bem como o processo de capacitação dos avaliadores que atuarão junto à CNRMS, operacionalizando a avaliação através da visitação às instituições formadoras. Do debate travado sobre as ênfases de concentração das Residências, visualiza-se um posicionamento político dos gestores no sentido dessa formação ser direcionada pelas atuais políticas de governo de diferentes áreas do SUS, em especial, quatro grandes áreas: Atenção Básica, com ênfase para a Estratégia de Saúde da Família e Núcleos de Apoio a Saúde da Família; Saúde Mental, com ênfase para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico,

---

<sup>27</sup> Estas câmaras possuem o papel de subsidiar a Comissão Nacional no processo de certificação dos programas, se atentado para as particularidades das diferentes profissões nas áreas de concentração dos programas de residência, tais como Atenção Básica/Saúde da Família, Saúde Mental, especialidades clínicas, urgência e trauma, entre outros. Quanto à estruturação das câmaras técnicas, houve o tensionamento das corporações profissionais para que estas fossem organizadas por profissões, o que representaria um retrocesso na sua composição, pois reforçaria a especialização e fragmentação das profissões em detrimento do debate multiprofissional sobre as áreas dos programas de residência e também da atenção em saúde.

<sup>28</sup> O Edital de Seleção encontra-se publicado no Diário Oficial da União nº 128, de 07/07/2008, no qual também está publicado o edital de convocação das instituições formadoras que possuem programas de RMS para que efetivem o seu cadastramento junto à CNRMS.

preconizados pela Reforma Psiquiátrica; Urgência e Trauma; e âmbito hospitalar, em especial no que tange às residências já desenvolvidas nos Hospitais Universitários Federais, serviços no quais se verifica uma articulação política mais consolidada com o Ministério da Educação no âmbito da formação em saúde.

Uma pauta que polarizou debates foi a Portaria Interministerial MEC/MS nº 506 de 24/04/2008, que fixa em 60 horas semanais a carga horária da RMS, antes definida entre 40 a 60 horas semanais. O principal aspecto alegado pelos gestores dos Ministérios da Educação e Saúde para esta alteração foi a necessidade de equivalência de carga horária com a residência médica, tendo em vista o valor da bolsa de RMS ser isonômico ao daquela residência. Evidencia, em verdade, limitações na estruturação dos programas de RMS que tinham, na flexibilidade anterior de carga horária semanal, uma possibilidade de organização das atividades em serviço adequada à proposta de formação desses programas.

Desta forma, essa alteração acarreta impactos na dinâmica pedagógica dos programas de RMS, pois esta se diferencia da perspectiva de *treinamento em serviço* que marca a residência médica, pautada em plantões, por exemplo. Neste horizonte, a extensão da carga horária, se não articulada com o eixo de formação prioritário do programa<sup>29</sup>, com os serviços-foco deste, pode acarretar numa redução da qualidade do processo de formação, com jornadas excessivas que redundam na massificação da formação, no esvaziamento da proposta crítica, reflexiva e propositiva a que a experiência formativa em RMS se propõe.

Além desses aspectos, há, no III Seminário, a entrada em cena de novos atores políticos, trazendo uma nova dinâmica para esse espaço. Neste processo, destacam-se: os conselhos profissionais, mobilizados pela necessidade de implantação das câmaras técnicas, produzindo tensionamentos, tendo em vista a existência de interesses político-corporativos incongruentes com as diretrizes dessa formação; a participação sistemática do Ministério da Educação no evento e uma sintonia de propostas entre os gestores da saúde e da educação, o que não aconteceu nos eventos anteriores e se relaciona, entre outros fatores, com o

---

<sup>29</sup> Neste sentido, é exemplar a realização de plantões em hospitais, em uma residência orientada para a saúde da família/comunidade e atenção básica, como forma de totalizar a carga horária prevista, mas sem uma articulação na proposta pedagógica, tal como sem atendimento da população adscrita ao serviço no qual o residente desenvolve as ações, sem sistemas de referenciamento da rede hospitalar para as unidades básicas que poderiam constituir uma linha de cuidado, entre outros aspectos.

processo de implantação da Comissão Nacional; a presença da presidência do Conselho Nacional de Saúde nesse seminário e de integrantes da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, também deste conselho, demarcando, como posicionamento político desta instância de controle social, a afirmação da Residência Multiprofissional como uma formação adequada às necessidades de consolidação do SUS e uma mudança na formação de trabalhadores de saúde.

Durante o ano de 2009, podemos apontar a realização da Oficina “Residências em saúde: espaço de transformação de práticas de saúde e formação”, ocorrida durante o 8º Congresso da Rede Unida na cidade de Salvador, como outro espaço nacional de interlocução sobre essa formação. Nesta oficina retorna à pauta o debate sobre a carga horária, bem como sobre o processo de avaliação das residências, que se encontra bastante incipiente.

Ainda no fim do ano de 2009, tivemos a publicação de uma nova portaria<sup>30</sup> que dispõe sobre a RMS. Esta portaria reafirma como carga horária para a formação, as 60 horas semanais, mantém os eixos norteadores para a constituição e funcionamento dos programas, institui o Programa Nacional de Bolsas para as Residências e altera a dinâmica da CNRMS. Este último ponto merece destaque.

A estrutura da CNRMS passa a ficar vinculada ao Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação e sua composição passa a ter maior presença dos gestores federais; é suprimida a representação dos coordenadores de programas de residências e de tutores, os quais passam a fazer parte do vago segmento de representantes de programas de residência. Além disso, passam a fazer parte da CNRMS as entidades das profissões em saúde (associações de ensino e conselhos federais), expressando o movimento e o tensionamento corporativo emergido no III Seminário Nacional. O aspecto significativamente regressivo desta portaria consiste na instituição de uma lista tríplice para a indicação dos representantes de três segmentos, dentre os quais a SESU e SEGTES procederão à escolha, quais sejam: segmento das Instituições de Ensino Superior que desenvolvam Programas de Residência, representantes dos Programas de Residência e representantes dos Residentes.

---

<sup>30</sup> Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.



Por fim, cabe destacarmos que estes movimentos na esfera pública instauraram um novo panorama para as Residências Multiprofissionais. O processo de regulamentação, ancorado em um amplo debate público para a pactuação das diretrizes para essa formação, lançou as bases para a institucionalização da Residência como uma importante política de formação para o SUS. Instaure-se assim, no cenário político e na dinâmica concreta dos programas de RMS, a disputa de valoração e significação das diretrizes já consolidadas na legislação, tendo em vista a sua materialização no processo de ensino-trabalho.

Contudo, na conjuntura recente, em especial devido à Portaria nº 1.077/2009, assistimos a um retrocesso na constituição de uma lógica pública para a formação nessa área, marcada pela participação ativa dos segmentos nela envolvidos. A restrição da autonomia desses segmentos na sua representação junto à CNRMS, juntamente com a inexistência de espaços ampliados de discussão, tais como os seminários nacionais, são aspectos que indicam esse retrocesso.

Acreditamos que esse processo deve ser acompanhado por um olhar atento e crítico dos movimentos/segmentos envolvidos nessa formação e pelo controle social, tendo em vista garantir que a Residência Multiprofissional realmente atenda às necessidades de qualificação de trabalhadores para o SUS, de acordo com as necessidades sociais em saúde, não se direcionando à racionalização de recursos humanos para as políticas de governos nacional e locais.

Neste horizonte, após contextualizarmos a trajetória histórica da Residência Multiprofissional e o processo de mobilização e debate público dessa modalidade de formação, enfocaremos, no item seguinte, as diretrizes de formação da RMS, situadas em um quadro de políticas voltadas para a formação e educação permanente de trabalhadores para o SUS.

### **2.3 Contornos da política de educação de trabalhadores para o SUS: diretrizes legais e perspectivas teóricas para a formação na Residência Multiprofissional**

O ordenamento de recursos humanos para a saúde, atribuição e área de atuação do SUS, representa uma estratégia política que visa a afirmar uma lógica pública na formação e no trabalho em saúde, na qual o compromisso com a

valorização do trabalhador de saúde alia-se à qualificação da atenção em saúde. Se esse sistema destina-se à garantia da saúde da população brasileira como um direito de cidadania, ele necessita, portanto, criar condições que fortaleçam o exercício do trabalho em saúde orientado para a afirmação desse direito e para a materialização do modelo assistencial que o SUS instaura.

Esta área do SUS comporta dois planos distintos, porém associados, de intervenção estatal e constituição de políticas (CECCIM, 2005a): o plano da formação profissional, que abrange o ensino formal para a habilitação nas profissões regulamentadas, a especialização das áreas profissionais, o desenvolvimento profissional e institucional dos trabalhadores e do trabalho em saúde; e o plano do exercício profissional, que incorpora a regulamentação das profissões, a regulação ocupacional do trabalho (empregos, carreiras e remuneração), e a valorização do trabalhador (processo de organização do trabalho).

O ordenamento da *formação* de recursos humanos, conforme define a Lei Orgânica da Saúde<sup>31</sup>, prevê a organização de um sistema educativo em todos os níveis de ensino, englobando formação técnica, graduada, pós-graduada e permanente, além da especialização em serviço e na área da pesquisa. Além disso, aponta para a concepção de que a rede de serviços do SUS constitui-se em locus de ensino-aprendizagem, o que implica, fundamentalmente, a educação permanente dos trabalhadores e iniciativas de integração entre ensino e serviço, instituindo, no interior dessa rede, práticas de formação e de pesquisa.

Trata-se, assim, de uma importante mudança de perspectiva na abordagem dos serviços de saúde: estes como espaços de geração de novos conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial. Significa também perceber a área da formação dos recursos humanos em saúde como materializada na interface entre os setores: saúde e educação.

Como estratégia de estabelecer interlocuções entre esses setores, a citada Lei também prevê a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, em cada esfera de gestão. Tratar-se-ia assim da constituição de um espaço para a formulação de ações conjuntas e pactuadas, fundadas no compromisso compartilhado da produção

---

<sup>31</sup> O ordenamento de recursos humanos na área na saúde, em especial no que tange à formação, é abordado nos artigos 6º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 27º e 30º da Lei 8080/90.

de mudanças na formação e no exercício do trabalho em saúde, que dialoguem com as necessidades de consolidação do SUS nas esferas locais e regionais.

Outra estratégia é a criação de comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de articulação de políticas em área de interesse para a saúde, entre elas, a de Recursos Humanos. Neste horizonte, tivemos a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos em Saúde, em 1997. Está também demarcada, no arcabouço legal do SUS, a atribuição do gestor federal de promover a articulação com órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, ou seja, a interlocução com as entidades representativas das profissões da área da saúde. No que tange à Residência Multiprofissional, esta encontra respaldo nessa Lei, demarcando que a regulamentação das especializações na modalidade de treinamento em serviço sob supervisão ocorrerá através de Comissão Nacional subordinada ao Conselho Nacional, como as demais comissões intersetoriais, com a participação das entidades profissionais.

Ao verificarmos as diretrizes do modelo assistencial previsto pela Lei Orgânica, é possível demarcarmos alguns aspectos que requerem competências dos trabalhadores, necessitando, portanto, repensar as políticas de formação de recursos humanos.

A primeira delas é o reconhecimento da saúde como direito social e o papel do Estado na sua garantia, o que requer a identificação das relações entre Estado e Sociedade e das expressões e contradições dessa relação no âmbito da política social de saúde. Implica o desenvolvimento do trabalho pautado pela concepção de cidadania no cotidiano das práticas, contribuindo para a promoção do seu exercício.

A promoção de ações que fortaleçam e preservem a autonomia da população usuária do SUS também é uma competência, tendo em vista favorecer a participação dessa população e garantir o direito à informação sobre os serviços de saúde. Além disso, é fundamental a identificação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, das condições necessárias à garantia da saúde, o que está associado à possibilidade objetiva de intervenção sobre esses fatores, bem como ao desenvolvimento de ações assistenciais que integrem prevenção, promoção e recuperação.

O trabalho em saúde, pautado na perspectiva de sistema/rede, é outra competência necessária aos profissionais de saúde, de modo que contribua para a

efetivação de um conjunto articulado e contínuo de ações/ serviços exigidos para cada situação de saúde, em todos os níveis de atenção. Além dessas competências, referentes ao plano assistencial, podemos também destacar a pesquisa e a elaboração de dados sócio-epidemiológicos como fundamentais, pois essas instrumentalizam a gestão/atenção em saúde, seja no que tange ao planejamento/formulação, como no que se refere à execução e avaliação.

Tais aspectos da legislação, abordados até então, apontam para a explicitação dos atores sociais envolvidos no debate e na formulação das políticas de formação de recursos humanos: gestores da educação e da saúde, serviços e trabalhadores da saúde, instituições formadoras, população usuária do SUS, organizações e entidades representativas das profissões dessa área. Traçam também *os contornos de uma lógica pública no ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde*, marcada por três eixos: a educação que tenha como centro as necessidades de saúde da população, inclusive as necessidades locais/regionais; a consolidação do modelo assistencial previsto pela Lei Orgânica de Saúde; e a articulação intersetorial saúde-educação, ancorada no controle social para a formulação e a execução de políticas para esse setor.

Contudo, entre o indicativo legal para essa área do SUS e para a materialização de políticas concretas, há um longo e denso caminho. Na travessia, se colocam a disputa de projetos de saúde, avanços e recuos no alcance do controle social na definição de políticas para o SUS, a gestão estatal desarticulada entre os setores educação e saúde, uma cultura político-sanitária arraigada no modelo médico-hegemônico.

Nesse contexto de disputas, podemos situar legislações e políticas específicas que balizam o ordenamento dessa área do SUS. Entre elas estão a formulação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a constituição da Política de Educação Permanente em Saúde, a Gestão da Educação na Saúde/Pacto de Gestão e a Residência Multiprofissional.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (BRASIL; MS; CNS, 2005), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2003, associa a qualidade da atenção em saúde à formação de pessoal para essa área que domine tecnologias voltadas tanto para a saúde individual quanto para a coletiva. Como princípios e diretrizes para a política de desenvolvimento do trabalhador do SUS, a

NOB/RH-SUS afirma a necessidade de constituição de novos perfis profissionais através do comprometimento das instituições de ensino e da formulação de diretrizes curriculares voltadas para o perfil sócio-epidemiológico do país; de capacitações dos docentes voltadas para o SUS; da formação de gestores atentos à mudança de paradigma organizacional, da garantia de recursos para ensino, pesquisa e extensão.

São explicitadas também atribuições e responsabilidades dos gestores da saúde na implementação dessa política, dentre as quais se destacam: favorecer a mudança dos currículos, tendo o trabalho como eixo central do ensino/aprendizagem; garantir recursos para a manutenção de centros formadores; implementar a educação permanente em serviço para todos os trabalhadores; qualificar os serviços e preparar os trabalhadores para receber estudantes; estabelecer, junto com as escolas de saúde, diretrizes para pós-graduação/especialização adequadas para o SUS. No que tange às Residências Multiprofissionais, a NOB/RH aponta como atribuição do Ministério da Educação a regulamentação e ampliação destas, bem como a criação de novos programas voltados às necessidades do SUS e das equipes de saúde. Aponta, ainda, que as propostas destes programas devam ser apresentadas e deliberadas pelos Conselhos de Saúde da localidade.

Na esteira dos indicativos previstos pela NOB/RH-SUS, no ano de 2004 é instituída a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), através da Portaria GM/MS nº 198; e, após, revista no ano de 2007, da Portaria GM/MS nº 1.996. A EPS baseia-se na aprendizagem no trabalho, realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades de saúde concretas dos sujeitos, a partir da dinâmica também concreta dos serviços de saúde. Constitui-se em um processo educativo que ocorre a partir da problematização do cotidiano de trabalho, sendo realizado através de espaços e temas que gerem autoanálise, implicação, mudança institucional e transformação das práticas em saúde (CECCIM, 2005b).

A Educação Permanente implica uma mudança paradigmática em relação à educação continuada e tem sua constituição associada às experiências educativas voltadas para adultos, que transcendem a aprendizagem para além do espaço

escolar. Já a educação continuada funda-se na continuidade do modelo escolar/acadêmico, centrada no enfoque disciplinar e em categorias profissionais, na atualização de conhecimentos, que busca realizar a conceituação da prática enquanto campo da aplicação de conhecimentos, o que acaba por distanciar a prática do saber, bem como por desconectá-lo da solução dos problemas oriundos da prática (DAVINI, 2009).

Em direção oposta, a EPS<sup>32</sup> procura associar o processo educativo com a realidade dos serviços de saúde, do trabalho coletivo/equipe, necessitando, assim, de momentos contínuos, articulados e planejados de acordo com necessidades emergentes. Parte do trabalho em saúde e a ele retorna com saberes-fazeres que instrumentalizem mudanças, ao mesmo tempo em que a dinamicidade das situações vividas nos serviços delinea novas necessidades de aprendizagem/educação. Além disso, a EPS pode corresponder à educação em serviço, à educação continuada e à educação formal de profissionais, desde que estas modalidades estejam, respectivamente, articuladas (CECCIM, 2005b) a um projeto de mudança institucional e das ações em saúde, à construção de quadros e carreiras para os serviços de saúde, abertas às vivências profissionais e inseridas em projetos de articulação/diálogo entre o mundo do trabalho e o do ensino.

No que tange à sua operacionalização como política, há uma mudança da estratégia dos Polos de EPS - como uma instância locorregional de articulação de ações de formação/educação em saúde entre gestores desta e instituições formadoras – para a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>33</sup>, as quais são instâncias locorregionais permanentes, de caráter intersetorial e interinstitucional que devem participar da formulação, da condução e do desenvolvimento da política de EPS, sendo conduzidas pela gestão estadual em saúde. Ficam estabelecidos também critérios para a alocação de recursos destinados a essa política.

---

<sup>32</sup> A Educação Permanente em Saúde tem suas origens como uma vertente pedagógica e política específica na saúde através da difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde; tem como influências conceituais a pedagogia freiriana (orientada para a Educação Popular/Educação de Jovens e Adultos, sendo baseada na aprendizagem significativa) e o Movimento Institucionalista na área da educação (mudança da noção de recursos humanos para a de coletivos de produção) (CECCIM, 2005b).

<sup>33</sup> Conforme prevê a portaria GM/MS nº 1.996/2006, estas comissões deverão ser compostas por gestores de saúde municipais e estaduais e, ainda, conforme a especificidade regional, por gestores estaduais e municipais da educação e/ou seus representantes, por trabalhadores do SUS e/ou entidades representativas destes, instituições de ensino da área da saúde, através de seus distintos segmentos, movimentos ligados à gestão das políticas públicas de saúde e o controle social do SUS.

A política de EPS insere-se no quadro de reconfigurações da gestão setorial da saúde, introduzidas pelo Pacto Pela Saúde<sup>34</sup>, de 2006, em especial, no que tange ao Pacto de Gestão. Através das diretrizes deste, estão previstos mecanismos de incentivo à descentralização - dentre eles, a criação de Regiões de Saúde e a instância de um Colegiado de Gestão Regional (gestores municipais e estaduais) - e alterações na organização do financiamento, tal como a criação de blocos para o custeio, dentre os quais há previsão de recursos para a Educação em Saúde através do bloco de financiamento da Gestão do SUS. Neste horizonte, a condução regional da política de EPS se dará através dos Colegiados de Gestão Regional, com participação das CIES, tendo por base os Planos de Ação Regional de EPS de cada região.

Dadas essas considerações, cabe reter que, em seu conjunto, as legislações e políticas abordadas até então situam o ordenamento da formação de recursos humanos como uma área estratégica para a qualificação do trabalho e da atenção em saúde. Também colocam em cena uma pluralidade de atores, articulados em espaços públicos de discussão e formulação de políticas, que buscam institucionalizar os mecanismos já previstos na Lei Orgânica, indo ao encontro dos indicativos do controle social para essa área.

Esses indicativos<sup>35</sup> destacam a necessidade de que se estabeleçam mudanças na formação em saúde, juntamente com a adoção de políticas que

---

<sup>34</sup> Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

<sup>35</sup> Destacamos as seguintes indicações do controle social sobre a formação em saúde, sintetizadas na análise de CECCIM; ARMANI (2002): 9ª Conferência Nacional de Saúde - destaca, num contexto de implementação do SUS, a necessidade de políticas direcionadas à formação em saúde, com ênfase para a regulamentação do artigo constitucional referente ao ordenamento de recursos humanos, à construção de política nessa área, articulada com órgãos formadores. 10ª Conferência Nacional de Saúde - aponta a articulação entre as instâncias envolvidas na formação de profissionais, através da criação de Comissões Permanentes para a integração de Conselhos de Saúde, serviços e Instituições Superiores; destaca o fortalecimento dos vínculos com as universidades, promovendo articulações intersetoriais para modificação da formação com vista à atenção integral; prevê a revisão dos currículos dos cursos de nível superior, adequando-os à realidade e necessidades do SUS e população usuária; destaca a utilização prioritária dos serviços do SUS como espaço de formação, tendo em vista perfis profissionais compatíveis com o SUS. 11ª Conferência Nacional de Saúde - destaque para que novos trabalhadores de saúde tenham formação adequada para o novo modelo de atenção em saúde (integralidade, equidade, humanização); indica a reconfiguração dos aparelhos formadores na área da saúde, tal como a revisão curricular, bem como a articulação destes aparelhos com o controle social do SUS; aponta para a atuação dos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação no processo de abertura de novos cursos e vagas, de forma a serem consideradas as necessidades sociais de cada região; reforça o cumprimento da resolução anterior, relativa à revisão imediata dos currículos dos cursos de nível superior da saúde, assim como a implantação de novas diretrizes curriculares; indica a manutenção e ampliação de instâncias de articulação de gestores,

garantam a educação permanente dos trabalhadores, tendo como horizonte o fortalecimento do SUS. Apontam também para a relevância das Residências, estendidas a todas as profissões da saúde, na constituição de novos perfis profissionais direcionados para as necessidades desse Sistema. Como estratégias para a mudança da área, reafirmam a efetivação dos mecanismos previstos na Lei orgânica e as atribuições dos gestores da saúde frente a eles, bem como apontam para a necessidade de interlocução com o setor educação, para a relevância pública e social do ensino em saúde.

Neste horizonte, consideramos pertinente a perspectiva da constituição de um quadrilátero da formação para a área da saúde, articulando os seguintes eixos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b): o ensino, que além das instituições formadoras, seus docentes e dirigentes, abarcaria o protagonismo do movimento estudantil; a gestão setorial, que implica a atuação dos gestores na articulação de ações contínuas para que estabeleçam mudanças na formação; a atenção em saúde, que englobaria o diálogo não só com os serviços, com as práticas, mas com a gestão e organização de conhecimentos do setor saúde; o controle social, afirmando a abertura dessa área às demandas da sociedade e ao interesse público.

Da discussão travada até então, importa reter que a Residência Multiprofissional em Saúde movimenta-se no quadro das políticas direcionadas ao ordenamento da formação de recursos humanos para o setor, convertendo-se em formação continuada e pós-graduada em saúde específica, que tem seu processo de ensino-aprendizagem referenciado na EPS. Por estar inserida diretamente na rede de serviços e ser desenvolvida tendo como foco de ensino o trabalho em saúde, ela própria converte-se em uma estratégia de EPS, pois impulsiona a crítica e a análise dos processos de trabalho, favorecendo, assim, mudanças no modo de fazer a atenção em saúde das equipes multiprofissionais. Além disso, a Residência deve ser desenvolvida de modo a articular-se a um sistema de formação de recursos humanos ou, mesmo, contribuir para fortalecê-lo, como prevê a Lei Orgânica, o que implica que esta mantenha relações com as formações graduada e pós-graduada.

Com essa perspectiva, passaremos à abordagem das normativas específicas referentes a essa formação, de forma articulada aos aspectos teóricos que aprofundam o seu entendimento.

---

controle social e instituições formadoras, com foco para o papel da Universidade na formação de profissionais em saúde, para a produção de conhecimentos e extensão.



A primeira regulação referente à Residência consiste na previsão de bolsas para o seu desenvolvimento, através da Portaria n 1.111, de 5 julho de 2005. Esta portaria fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, que se destina à realização de aperfeiçoamento e especialização de profissionais em serviço, vivências e estágios de estudantes, obrigatoriamente, sob supervisão de preceptor, no mínimo.

O programa amplia essas bolsas para profissionais que exerçam a supervisão docente-assistencial - preceptor, tutor e/ou orientador de serviço – bem como estabelece a função<sup>36</sup> destes profissionais no processo de ensino. Avança na constituição de um corpo docente para as experiências de educação em serviço, bem como se converte em um incentivo e qualificação para os profissionais envolvidos como a formação e a educação permanente no cotidiano do SUS.

Apesar de a referida portaria citar a Residência em Área Profissional da Saúde (RAS)<sup>37</sup> e a CNRMS, é na Lei nº11.129, de 30 junho de 2005, que estas são instituídas. Cabe ressaltar que a legislação sobre essa matéria não se inscreve, inicialmente, em lei específica, e sim se insere, através de artigos específicos, em Lei que versa sobre o Pró-Jovem. Nestes artigos, fica estabelecida a RAS como uma pós-graduação lato sensu, modalidade de educação em serviço destinada a todos os profissionais da saúde, excetuados os médicos. Esta deve ser desenvolvida em regime de educação exclusiva pelo residente com suporte de bolsa, que terá valor isonômico à bolsa da residência médica. A Lei institui a

---

<sup>36</sup> Para a realização do programa de Educação pelo Trabalho, uma pré-condição é a existência do profissional *preceptor*, o qual exerce a supervisão docente-assistencial *na área específica* de atuação do programa ou especialidade, tendo como atribuição a organização do processo de aprendizagem especializada ou orientação técnica. Ao preceptor, é exigida a titulação de graduação, acrescida de 3 anos de experiência profissional ou especialização/residência na área específica. O *tutor* e o *orientador de serviço* exercem a supervisão docente-assistencial *diretamente no serviço*. Ao tutor é exigida graduação e, no mínimo, 3 anos de experiência profissional, bem como pertencer à equipe do serviço e estar diretamente no local onde ocorre a aprendizagem; quanto à atuação, esta se volta ao campo de aprendizagens da área da saúde. Quanto ao orientador de serviço, este pode possuir qualquer nível de formação e exerce a função de instrutor de caráter ampliado, devendo-se reportar ao tutor quando necessário.

<sup>37</sup> A RAS consiste numa modalidade de formação direcionada à especialização das profissões para o SUS, em diferentes âmbitos de atenção. Contudo, observa-se que há grande concentração desta Residência no âmbito hospitalar, envolvendo diferentes ênfases de atuação e profissões. Sendo a RAS orientada pelos mesmos eixos que a RMS, a formação deve ser conjugada com a atuação em equipe, com a interface entre demais programas de RAS de uma mesma instituição formadora e/ou serviços de saúde que são cenários de aprendizagem. Implica, assim, a perspectiva de que as RAS possam estar articuladas em uma Residência Integrada, tal como ocorre na integração entre os programas de residência médica e os programas de RMS.

CNRMS, mas define que seu funcionamento será disciplinado em normativa posterior.

No mesmo ano também é instituída legalmente a Residência Multiprofissional, através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 de 3 novembro de 2005, a qual afirma que esta residência destina-se à execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, sob responsabilidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde. Define também os programas financiados por recursos públicos que terão sua certificação reconhecida pelo MEC, devendo se enquadrar nas diretrizes estabelecidas pela CNRMS.

Contudo, é de fato com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007 que se expressam avanços na explicitação de diretrizes norteadoras para o processo de ensino-aprendizagem e organização dos programas de RAS e RMS. Esta formação deve ser desenvolvida com carga horária semanal entre 40 e 60 horas, com a maior parte destinada à aprendizagem nos serviços de saúde, com duração de dois anos<sup>38</sup>. Além disso, a formação em serviço é desenvolvida conjuntamente com aulas/discussões teórico-práticas e com a prática investigativa voltada para a particularidade da ênfase do programa<sup>39</sup>.

A formação em serviço remete à centralidade do trabalho como polo educativo, aspecto que também demarca a particularidade e a potencialidade da Residência Multiprofissional. Neste horizonte, assume especial significância apreender e colocar em relevo a dimensão concreta do trabalho nesse processo de formação: a atividade trabalho pensada em seu desenvolvimento, como experiência significativa para o sujeito que a realiza, ao mesmo tempo em que se direciona para a qualificação do valor de uso.

O desafio da formação em serviço é apreender, significativamente, essa transformação operada por meio do trabalho em saúde: o trabalhador que põe em movimento todos os seus saberes e habilidades, educando seus sentidos para

---

<sup>38</sup> Como destacamos no item anterior, esta carga horária, que apresentava flexibilidade, foi alterada para 60 horas semanais. Frequentemente, a formação na RMS é organizada em dois anos, usualmente chamados de R1 e R2, que comportam etapas de formação distintas, tais como: no R1, a formação ocorre nos serviços vinculados à ênfase do programa e no R2, há a realização de estágios especializados que possibilitam a vivência na rede do SUS, de forma articulada com os serviços-foco do programa.

<sup>39</sup> A carga horária destinada a essas atividades varia em cada programa, ficando entre 10% a 30% das atividades semanais. A fixação desta carga horária vem sendo alvo de debates frente à elevação da carga horária para 60 hs.

apreender e aprender com as complexas relações implicadas no processo saúde-doença, bem como potencializar o produto de seu trabalho diante das singulares necessidades de saúde que demandam cuidados.

Uma experiência formativa como a da Residência tem, na dimensão concreta do trabalho, o seu principal polo de aprendizagem – porque o desocultamento do trabalho alienado também é aprendizagem – necessitando ser essa dimensão, um dos eixos centrais de análise dos processos educativos.

Assim, na medida em que temos uma retração dessa dimensão, passando a ser subsumida pela dimensão abstrata do trabalho, temos um esvaziamento do trabalho produtor de significados para o trabalhador, que possibilite efetivamente uma aprendizagem significativa.

Dadas essas considerações sobre a perspectiva formativa da RMS, passaremos a articular suas diretrizes legais com o processo de organização dos programas e dos processos de trabalho/ensino.

O primeiro pressuposto para a organização dos programas consiste na sua implementação em áreas justificadas pela realidade local, tendo como base o modelo de gestão dos serviços, sua capacidade técnico-assistencial e a composição de suas equipes, bem como o compromisso com a efetivação de 12 eixos norteadores, sobre os quais discorreremos a seguir.

Denota-se, assim, que a justificação para a realização dos programas deve partir da análise da rede do SUS, juntamente com um processo de pactuação entre instituição formadora e gestores locais (em especial, dos serviços), tendo em vista estabelecer condições que propiciem a instalação do programa de RMS e o desenvolvimento deste com base nos pressupostos apontados pela Portaria.

Neste horizonte, devem ser priorizados *cenários de educação em serviço* que sejam *representativos da realidade sócio-epidemiológica brasileira*, como estratégia para que esta formação esteja orientada para apreender as expressões dessa realidade no âmbito local, produzindo contribuições para a qualificação das práticas e da atenção em saúde frente às demandas e necessidades da população usuária.

Entendemos que este eixo deve ser ancorado - no que tange à formação teórico-prática - em planos de ensino que possibilitem o diálogo crítico com o

conhecimento da realidade sócio-epidemiológica brasileira, tendo em vista adensar aquela apreensão e o planejamento de ações que qualifiquem a atenção em saúde.

A RMS precisa também pautar-se na *descentralização e na regionalização*, as quais devem *contemplar as necessidades locais, regionais e nacionais*. Identificamos que este eixo refere-se tanto ao processo de criação, implantação e organização do programas, como também ao processo de formação.

No que tange à implantação, esta precisa levar em conta as necessidades de formação de trabalhadores para o SUS, em seus aspectos locorregionais. Assim, podem ser identificadas, de acordo com a análise da configuração do Sistema, necessidades particulares que podem se converter na criação de novas ênfases de programas de RMS ou na reconfiguração destes. De igual forma, pode ser avaliada a sua localização, inclusive problematizando e alterando a concentração de programas nas capitais e em dadas regiões do país.

Do ponto de vista formativo, a apreensão das necessidades locais (o que se alia ao eixo anterior), pode voltar-se para a problematização e proposição acerca da própria descentralização e regionalização do SUS. Ou seja, através da experimentação de ações na atenção e na gestão em saúde que possam esboçar proposições para a construção de arranjos assistenciais entre serviços (um sistema de saúde locorregional), que qualifiquem o atendimento àquelas necessidades, que dialoguem com os nós-críticos do acesso, por exemplo.

Como forma de situar a RMS no quadro de desafios, políticas e ações voltadas para as mudanças na formação de trabalhadores para o SUS, os programas precisam considerar a *política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS*, conseqüentemente, pactuada nas distintas esferas de governo. Assim, o processo formativo necessita estar articulado com as diretrizes nacionais para essa área, inclusive com a RMS situada nos Planos de Educação Permanente firmados nas instâncias de gestão e discutidos intersetorialmente (CGR e CIES).

Neste horizonte, a *integração da RMS com o ensino de educação profissional, com a graduação e a pós-graduação na área da saúde*, assim como a *integração com a Residência Médica* também se constituem em eixos norteadores. Estes também se situam tanto no plano da criação, implantação e organização do programa, como também no plano da formação.

No que tange ao primeiro plano, torna-se necessário que se estabeleçam articulações e acordos entre as instituições formadoras dos programas de RMS com coordenações dos programas de residência médica, com gestores de instituições de ensino (cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde), com gestores e trabalhadores dos serviços que se constituem como locus de formação. Tais articulações poderiam abrir espaço para a constituição de uma rede de formação em torno da rede local do SUS que possibilite a interface e a troca entre os diferentes níveis de educação na saúde. Neste horizonte, a integração da graduação com a RMS pode ocorrer através de estágios nos mesmos serviços do SUS e da articulação com iniciativas como o PET-SUS. A prática investigativa desenvolvida na RMS poderia ser potencializada através da organização de linhas de pesquisa da instituição formadora, possibilitando a constituição de grupos de residentes e preceptores por linha, estimulando a interface com núcleos de pesquisa de programas de pós-graduação em dadas áreas afins. Além disso, torna-se necessária a constituição de Residências Integradas, que articulem a Residência Médica com as RMS, tanto na formação em serviço como nos momentos de discussões teórico-práticas.

Sob a perspectiva da formação, abre-se uma diversidade de possibilidades de trocas enriquecedoras entre a RMS, Residência Médica, graduação e pós-graduação. Identificamos que os serviços de saúde são um espaço estratégico neste sentido, por meio da constituição de equipes multiprofissionais que agreguem residentes da RMS, residentes médicos, estudantes de graduação, juntamente com a colaboração de docentes e pesquisadores.

Projetos interventivos interdisciplinares de residentes, campos de estágios que agreguem vários cursos de graduação, pesquisas sobre a realidade do SUS, sistematização de dados sobre a atenção em saúde que subsidiem a gestão, supervisão docente-assistencial que articule os diferentes níveis de formação são algumas das possibilidades que podem ser instauradas. Além disso, os espaços de discussão teórico-prática da RMS podem ser integrados com a residência médica, manter inter-relação com docentes da pós-graduação e com a produção de conhecimentos dos grupos de pesquisa das universidades e com as pesquisas dos residentes e preceptores, possibilitar a participação de estudantes de graduação e pós-graduação.

Para tanto, é necessário que a RMS seja desenvolvida através da *integração entre ensino-serviço-comunidade*, o que implica a interlocução dos programas de residência com gestores, trabalhadores e usuários, de forma que se promova a *articulação entre ensino, serviço e gestão*. Quanto à primeira tríade, cabe ressaltar que o ensino deve ser transversal ao serviço. Ou seja, os serviços de saúde como cenários de aprendizagem, organizados de forma a abarcar, no interior do processo de trabalho e das práticas assistenciais da equipe efetivada, processos cotidianos de educação de todos os trabalhadores.

Desta forma, o ensino e o serviço precisam estar articulados com a comunidade, o que não significa só a interação com a população usuária, mas o direcionamento destes eixos para as necessidades e demandas de saúde da população, demarcando, assim, o caráter público e a relevância social do ensino em saúde. Significa uma abertura dialógica e participativa com o eixo comunidade, que sob esse prisma abarca também o controle social. Além disso, as experiências formativas vivenciadas no serviço/trabalho devem ser respaldadas pelos espaços teórico-práticos, que problematizem, dêem densidade a estas experiências, contribuindo para a qualificação dos serviços de saúde.

Estes aspectos sustentam-se, do ponto de vista da abordagem pedagógica dos programas de RMS, no *protagonismo dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho*. Implica, assim, possibilitar e promover o protagonismo do residente na construção de sua trajetória de formação, na inserção ativa e propositiva no espaço do serviço, na busca de conhecimentos e na prática investigativa sobre o SUS. Desta forma, o protagonismo como abordagem pedagógica necessita de modelos de gestão democrático-participativas, tanto dos programas de RMS como dos serviços que se constituem como espaços de aprendizagem, de forma a dar sustentação para a construção de novas práticas assistenciais e a reorganização do processo de trabalho.

Soma-se ao protagonismo a *concepção ampliada de saúde*, a qual se constitui numa baliza para todas as experiências formativas realizadas na RMS. Essa concepção contrapõe-se à fragmentação na abordagem da saúde, pois aponta para a relação indissociável entre dimensões sociais, culturais, econômicas, subjetivas e também biológicas que conformam os processos saúde-doença. Estes se constituem em um processo social que, vivenciado de forma singular pelos

sujeitos, encerra uma profunda conexão com a dinâmica e organização societária, bem como com as desigualdades e resistências latentes no cotidiano da vida social.

Neste horizonte, a formação na RMS necessita dialogar e contribuir com a afirmação da *integralidade*, tanto no plano dos *níveis de atenção* do SUS, como na *gestão* em saúde. De forma bastante sintética, a integralidade implica uma abordagem totalizante das necessidades e da atenção em saúde, o que se desdobra na análise e intervenção sobre: a relação entre demandas, as necessidades de saúde e ofertas de serviços; a (re) organização dos processos de trabalho das equipes, tendo como foco o usuário; o trabalho em equipe e a afirmação da interdisciplinaridade; a relação profissional-usuário, tais como escuta, vínculo, acolhimento, tendo em vista a abordagem ampliada do sujeito e das suas necessidades; a acessibilidade a diversos níveis de atenção de forma articulada visando a ampliar as possibilidades de atendimento às necessidades de saúde singulares e coletivas; a diversificação de ações que transcendam o enfoque curativo; os modelos assistenciais e a gestão dos serviços e políticas.

Neste horizonte, a integralidade na formação em RMS se expressa, em um primeiro plano, no processo de formação em equipe diretamente nos serviços de saúde. Desta forma, as experiências formativas na RMS precisam ter como eixo a *integração de saberes e práticas* entre os trabalhadores da saúde, de modo que sejam construídas *competências compartilhadas na formação em equipe, voltada para a interdisciplinaridade*.

Essas diretrizes direcionam-se ao fortalecimento da dimensão cooperativa entre os profissionais de saúde, em contraposição à fragmentação operada pela divisão social e técnica do trabalho. O exercício do trabalho em equipe exige uma horizontalização dos saberes oriundos das profissões envolvidas, do reconhecimento e valorização das diferentes práticas, permitindo o efetivo diálogo entre os profissionais.

A construção da interdisciplinaridade - entendida como processo e movimento de sínteses e totalizações provisórias na apreensão da realidade e intervenção nela - deve partir da reflexão sobre as necessidades sociais postas no cotidiano do trabalho, as quais demandam ações que transcendem os conhecimentos de uma área específica e, assim, desafiam a permanente integração de saberes e a

construção de competências compartilhadas. Neste horizonte é relevante destacarmos que

“O homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante uma acumulação de visões parciais. (...) É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar, intencional e sistematicamente, uma dialética das partes fornecendo elementos para a construção de um sentido total, enquanto o conhecimento da totalidade elucidará o próprio sentido que as partes, autonomamente, poderiam ter” (SEVERINO, 2000, p. 17).

Desta forma, a perspectiva da interdisciplinaridade contrapõe-se à herança positivista, buscando a superação de uma ciência fragmentada por uma ciência unitária; contudo, isto não significa suprimir as especialidades e substituí-las por generalidades, tampouco, o saber delas decorrente por um saber geral sem delimitações (SEVERINO, 2000).

O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade parte da perspectiva de que cada trabalho de qualidade particular se insere em um processo de trabalho coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes que os conformam visa a ampliar a resolutividade das ações em saúde desenvolvidas. Para tanto, os trabalhadores precisam conhecer a particularidade de cada trabalho, reconhecendo o seu valor de uso em cada situação demandada pela população.

Essa perspectiva, a formação em RMS, direciona-se à constituição de *competências e saberes compartilhados*, os quais tensionam a especialização do trabalho fundada em saberes utilizados privativamente. Isto não implica a diluição da particularidade de cada trabalho, porque isso também implicaria a perda de qualidade da atenção em saúde, mas sim na aquisição de novas competências, construídas conjuntamente.

Esta construção passa pela preservação das atribuições profissionais, mas as competências das profissões envolvidas na equipe devem ser conjugadas. Contudo, as ações privadas das profissões devem ser informadas por um conjunto de valores sintetizados nos princípios do SUS que o sintonizem com a dimensão cuidadora na produção de saúde (MERHY, 2007).

Assim, a formação da RMS engloba tanto a qualificação de cada trabalho particular quanto a qualificação do trabalho coletivo em saúde.



Os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas de saúde (CAMPOS, 2000), nos auxiliam na operacionalização da interdisciplinaridade e têm sido incorporados na organização dos programas de RMS. Para esse autor, o núcleo consiste nos saberes e práticas relacionadas à dada profissão, enquanto o campo se constitui na área de limites imprecisos entre as disciplinas e as profissões, conformando um território de saberes e práticas comuns ou confluentes. Nesta linha, a interdisciplinaridade consiste em trocas criadoras entre núcleos profissionais na construção de interfaces de saberes e práticas visando a empreender respostas aos desafios emergentes no cotidiano do trabalho em equipe, ampliando o campo de saberes e práticas de saúde.

As perspectivas de campo e núcleo se traduzem, na organização dos programas de RMS, em uma formação que se volta tanto para a qualificação de cada profissão/núcleo inserido na equipe, como também para o conjunto das áreas, para o campo da saúde. Contudo, estes dois âmbitos devem estar articulados: a qualificação das profissões sintonizada com a qualificação de um campo compartilhado de competências e saberes e um campo da saúde.

Essa perspectiva perpassa a formação no serviço e os espaços de discussão teórico-práticos. A inserção e o trabalho em equipe multiprofissional necessitam englobar tanto as ações relativas a cada profissão, como também as ações coletivas, resultando em um processo de *ensino-aprendizagem-trabalho, voltado para a construção de mudanças na atenção em saúde e na gestão dos serviços*. Trata-se, assim, de apreender as requisições que o processo de qualificação do SUS coloca para o trabalho coletivo em saúde - em especial na ênfase em dadas áreas do sistema, conforme a área de concentração do programa - e para o trabalho de cada profissão, em dados âmbitos do sistema.

Além disso, num segundo plano, a integralidade nesta formação se desdobra na experimentação de *linhas de cuidado*<sup>40</sup> como uma estratégia pedagógica na organização dos cenários de aprendizagem. Tais linhas se constituem em

---

<sup>40</sup> A noção de cuidado transcende procedimentos técnicos ou um nível de atenção do sistema, sendo entendida como ação integral, através da inter-relação de profissionais, usuários e instituições, se traduzindo em tratamento de qualidade, com vínculo e acolhimento (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Para tanto, essa relação deve ser mediada pela lógica do direito social, ou seja, baseada no direito a ter acesso a cuidados de saúde, sob pena de não recair em ações voluntaristas.

“(...) fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência com um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais) (CECCIM; FERLA, 2006, p. 166).

Para a constituição dessas linhas, torna-se necessária a pactuação entre gestores de diferentes serviços, visando a construir arranjos assistenciais que garantam resolutividade e acessibilidade aos usuários. Tais arranjos podem ser constituídos através de fluxos da atenção básica para os demais níveis, ou, ainda, de serviços especializados, tais como na alta hospitalar, para demais serviços da rede. Importa, assim, que o sistema tenha várias portas de entrada que sejam acolhedoras e garantam a inserção do usuário em linhas de cuidado que assegurem a continuidade da atenção.

As possibilidades de experimentação de linhas de cuidado na RMS requerem a pactuação entre instituições formadoras e gestores de diferentes serviços, bem como a construção de planos de ensino que deem conta de apreender a interface entre os serviços do SUS. Assim, as linhas de cuidado podem ser experimentadas desde o próprio serviço de saúde onde ocorre a formação - para tanto, eles necessitam estar inseridos em uma linha de cuidado ou na busca pela consolidação de uma - como também através da inserção do residente em demais serviços, através dos estágios especializados no R2, em vários pontos de uma linha de cuidado, podendo, inclusive, contribuir para a consolidação desta. Além disso, constituindo-se uma linha de cuidado em uma estratégia gerencial do sistema, a experimentação também pode ocorrer através da inserção em instâncias de gestão do SUS.

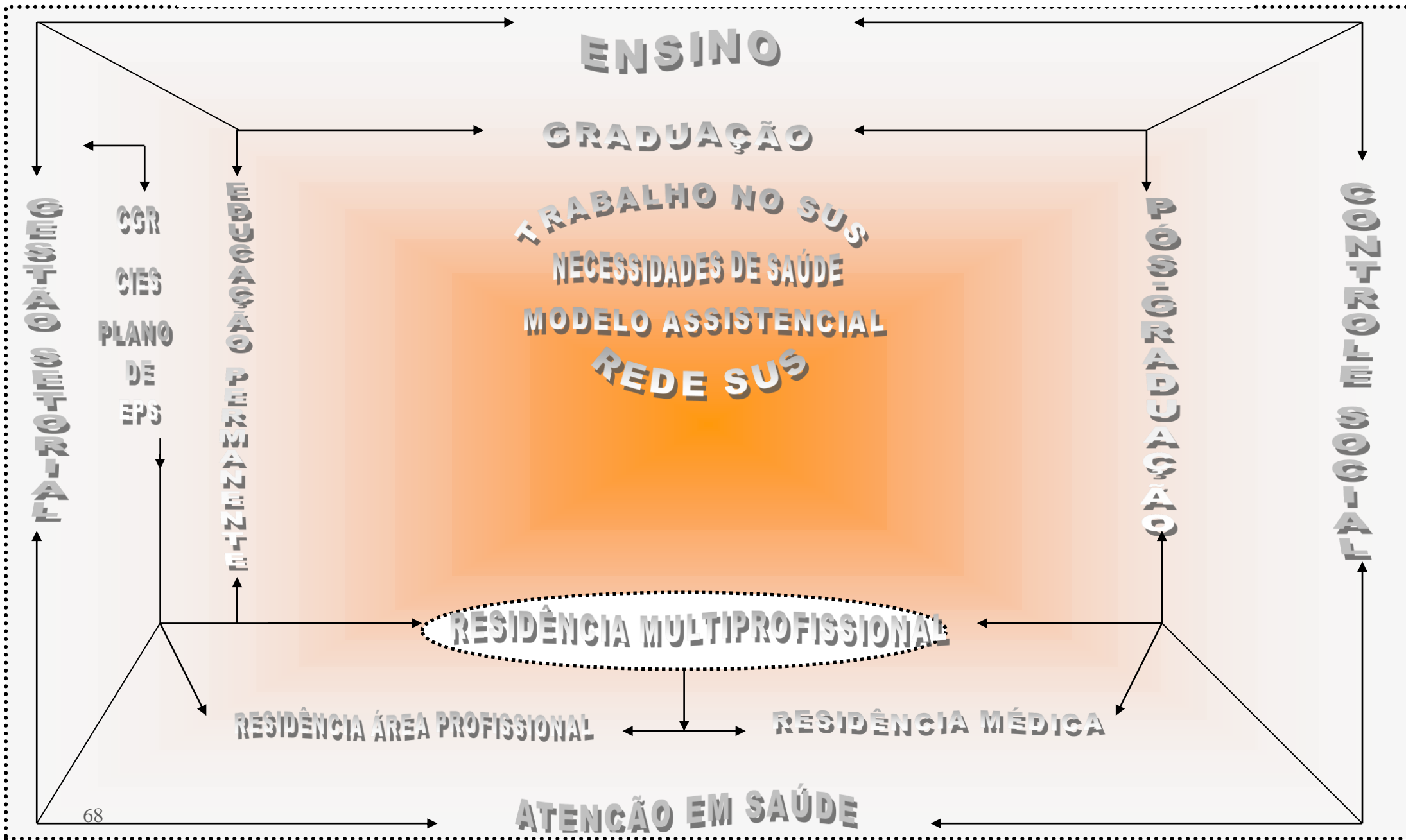
Assim, esses eixos norteadores da RMS precisam se materializar em processos de monitoramento e avaliação que englobem a participação dos diferentes atores envolvidos: instituições formadoras, coordenadores dos programas, preceptores, gestores e controle social. Trata-se, assim, de estabelecer um processo de diálogo e de avaliação que possibilite qualificar a formação e a atenção em saúde. Esse processo pode ser composto de distintas avaliações, seja no ensino em serviço - abarcando não só a formação do residente, mas também a preceptoria, o processo de educação permanente de toda a equipe local, a adequação do ensino-

serviço frente às necessidades da comunidade – como também quanto à formação teórico-prática, como conteúdos, dinâmica pedagógica, entre outros.

Entendemos ser necessário que tais avaliações subsidiem um processo permanente de avaliação do próprio programa, de forma participativa e colegiada, que possam se desdobrar na avaliação do impacto da RMS na rede de saúde locorregional, na atenção e na gestão, apreendendo a inserção de egressos em diferentes serviços da rede.

Por fim, como forma de sintetizar a discussão realizada até então, elaboramos a figura a seguir. Nela estão sistematizados os eixos, instâncias e atores sociais implicados na área de formação de recursos humanos para o SUS, juntamente com a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde nessa área. Converte-se assim, em um esquema referencial para análise da RMS no contexto das políticas voltadas para a educação de trabalhadores para o SUS.

Figura 1: Residência Multiprofissional em Saúde no quadro da política de formação de trabalhadores para o SUS



Tendo em vista que essa formação adquire particularidades de acordo com o âmbito do SUS para a qual esta se direciona e que, apesar de possuir enfoque multiprofissional, ela também pressupõe a qualificação do trabalho de cada profissão envolvida, no próximo capítulo abordaremos a atenção básica em saúde. Após, enfocaremos o trabalho profissional do assistente social na saúde, tendo em vista dar visibilidade para questões que perpassam a formação dos assistentes sociais nas Residências em Atenção Básica, em especial o processo de consolidação da integralidade.

### **3. SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE A AFIRMAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

O presente capítulo tem por objetivo problematizar a atenção básica como âmbito estratégico do SUS, tendo em vista a relevância que este assume na organização do SUS e na viabilização do acesso à saúde. Desta forma, discutimos, inicialmente, a conformação desse nível de atenção no contexto do sistema de saúde, sua dimensão assistencial, bem como a emergência e consolidação da Saúde da Família. Buscamos problematizar os desafios colocados para a reorientação do modelo assistencial, aportando reflexões sobre possibilidades de fortalecimento da integralidade na atenção básica.

Após, discutimos a inserção do Serviço Social no âmbito da política de saúde, momento em que abordamos o campo de mediações entre questão social e saúde, evidenciando as interfaces entre o objeto do trabalho profissional do assistente social e a concepção ampliada de saúde. Enfatizamos também as implicações entre os ideários do projeto de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional, problematizando-os como direção social do trabalho na área da saúde. Por fim, discutimos as tendências de inserção profissional no campo da atenção básica em saúde, as particularidades do trabalho do assistente social frente a sua atuação em equipe multiprofissional, demarcando também possibilidades para a formação e o exercício profissional, tendo em vista a afirmação do princípio da integralidade.

#### **3.1. Atenção básica em saúde: caminhos da mudança do modelo assistencial**

O debate sobre sistemas de saúde estruturados em rede de serviços básicos emerge no contexto internacional antes da constituição do SUS, tendo como marco histórico a Conferência de Alma-Ata, na década de 1970. Esta se constituiu numa referência no campo da Saúde Pública, por indicar, como agenda mundial, o ordenamento dos sistemas nacionais de saúde a partir da atenção primária, de modo a ampliar a cobertura e o acesso a serviços essenciais e garantir os princípios de descentralização, participação social e promoção de saúde (GUEDES, 2006).

Em um contexto marcado por transformações societárias e também pelo recrudescimento da pobreza diante de um quadro de recessão econômica, a proposta de cuidados primários em saúde, sintetizada nessa Conferência, expressa uma resposta político-sanitária de caráter racionalizador dos custos com assistência em saúde, que responde tanto às demandas por serviços sociais, como articula padrões mínimos de eficiência com cobertura a amplas camadas populacionais (FRANCO; MERHY, 2007). Apesar desta concepção racionalizadora que marca a gênese das propostas de estruturação dos sistemas de saúde a partir de serviços básicos, a referência à premissa de promoção em saúde, às abordagens educativas e participativas comporta possibilidades de ampliação do enfoque assistencial que impulsionem o distanciamento do modelo hegemônico ou procedimento-centrado<sup>41</sup>, assim como irá influenciar amplamente o campo das idéias e movimentos no setor saúde.

No caso brasileiro, constata-se que as primeiras experiências de implantação de serviços municipais no fim da década de 1970 e início dos anos de 1980 respaldaram-se no referencial dessa conferência (GIL, 2006). Destaca-se ainda a experiência de implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que se direcionou à estruturação de um modelo assistencial composto por sistemas integrados abrangendo atenção básica e estrutura hospitalar. Estas, entre outras experiências, evidenciam o processo de construção de alternativas ao modelo de saúde assistencial-privatista, como discutimos anteriormente no item 2.1, compondo as iniciativas de mudança na organização da política de saúde brasileira que culminam na Reforma Sanitária e na implantação do SUS.

Desta forma, as mudanças operadas na política de saúde situam-se num contexto de ruptura com a forma histórica de acesso a direitos<sup>42</sup>, incluindo uma

---

<sup>41</sup> Por modelo assistencial procedimento-centrado entende-se o “modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicamentação da sociedade” (FRANCO; MERHY, 2007, p. 73).

<sup>42</sup> A conquista de direitos e atendimento às necessidades sociais se deu de forma paulatina através da inclusão de determinados grupos e setores sociais, processo que se dissocia do caráter universal de cidadania. Cria-se assim uma proteção social residual, sem a marca do direito, da universalidade do direito, baseada numa cidadania regulada (FLEURY, 2007), estabelecida através de uma relação contratual. Em verdade, o processo de constituição de direitos no Brasil possui uma trajetória bastante particular (CARVALHO, 2002): primeiro, foram instituídos os direitos sociais, em um período de supressão de direitos políticos e redução dos direitos civis, num governo ditatorial que após ganhou popularidade (Vargas); após vieram os direitos políticos, sendo que a expansão do direito ao

perspectiva de universalidade da cidadania, conquistando espaços que visam a ampliar o alcance da sociedade no campo da gestão e do controle das políticas. O SUS integra um novo padrão de proteção social, organizado em torno da Seguridade Social<sup>43</sup>, que pode ser caracterizado

(...) pela universalidade na cobertura, pelo reconhecimento dos direitos sociais, pela afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas, a regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, por uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY, 2007, p. 77).

Nesse quadro, a constituição do SUS na esfera da institucionalidade jurídico-constitucional representa a construção de um projeto alternativo ao hegemônico no campo da saúde na sociedade brasileira (CAMPOS, 1992). Esse sistema busca a indissociabilidade da tríade de princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, estruturando-se a partir dos princípios organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização e controle social. Outra marca do SUS é a ampliação do conceito de saúde, afirmando a determinação social do processo saúde/doença, o que implica o deslocamento da ênfase assistencial curativa para a promoção em saúde, situando, assim, a atenção básica numa posição de destaque nesse sistema.

Desta forma, constata-se, na década de 1980, uma expansão<sup>44</sup> significativa dos serviços básicos de saúde (MENDES, 2002), os quais nos anos 1990 passam a

---

voto também se deu em outro período ditatorial; finalmente, vieram os direitos civis, que ainda permanecem inacessíveis à maioria da população. Neste horizonte, destaca Carvalho (2002) que a clássica definição sequencial de Marshall na construção dos direitos (civis, políticos e sociais) foi invertida no Brasil, com consequências no conteúdo e na forma de ser da cidadania.

<sup>43</sup> Entendemos que o conceito de Seguridade Social filia-se ao modelo inglês de proteção social (“Beverigediano”), que vai além da esfera do seguro, o que caracterizava o modelo alemão (“Bismarckiano”). Assim, representa uma ampliação no campo da proteção social, na qual se destaca que “O rompimento representado pela inserção do conceito de seguridade social nas políticas públicas se dá em vários patamares: a proteção social passa a ser um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado; desvincula o benefício da contribuição individual, já que alguns poderão contribuir, mas todos terão o mesmo direito ao acesso, de acordo com sua necessidade; implica um mecanismo de solidariedade e redistribuição entre as pessoas que podem contribuir e aquelas que terão os custos de sua atenção pagos por toda a sociedade, por meio de impostos e contribuições; introduz um princípio de justiça, associando certo bem-estar como parte de um padrão civilizatório que define os direitos humanos (FLEURY, 2007, p. 76).”

<sup>44</sup> Em relação ao histórico da atenção básica no Brasil, podemos destacar a seguinte periodização, relativa aos ciclos de expansão e consolidação deste nível de atenção (MENDES, 2002): a constituição dos primeiros centros de saúde na década de 1920, sob influência dos sistemas ingleses dawsonianos; a ampliação dessa rede nos anos 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde



ser alvo de formulações sistemáticas, tanto na agenda governamental como no debate e nas produções da Saúde Coletiva. Passaremos a destacar, nesse processo de consolidação da atenção básica, as principais características desse nível de atenção e os desafios para a consolidação da integralidade no contexto atual.

O ponto de partida para esta discussão consiste na apreensão da atenção básica como estratégia fundamental de organização de um sistema integrado de serviços de saúde, no qual esta é o principal polo articulador da rede, por prestar assistência contínua a populações definidas, buscando a adequação da oferta de ações e dos resultados sanitários (MENDES, 2002). Conforme indica esse mesmo autor (2002), essa abordagem da atenção básica implica a necessidade de serem estabelecidas mudanças na lógica tradicional de organização dos sistemas de saúde, marcada pela fragmentação e hierarquização dos serviços através de um modelo piramidal.

Esse modelo assenta-se na definição de níveis de atenção, com graus crescentes de “complexidade”, ligados por mecanismos de referência e contra-referência<sup>45</sup>, tendo a atenção básica como a “porta de entrada” para o sistema e “base da pirâmide”. Embora a imagem da pirâmide seja identificada como uma estratégia de expansão da cobertura, de democratização do acesso à saúde e de adequação da oferta de recursos assistenciais, este modelo apresenta limitações, em razão dos seguintes aspectos (CECÍLIO, 1997): a persistência de recursos insuficientes para o setor saúde; a permanência da tensão entre expansão da rede privada de saúde e retração dos serviços públicos; a dificuldade de a rede básica se constituir como “porta de entrada”; a massiva utilização dos serviços de

---

Pública (SESP), com a focalização de ações de prevenção juntamente com a atenção médica a partir de programas de saúde pública; o segundo ciclo de expansão, na década de 1970, à época da Conferência de Alma-Ata, através de ações universitárias e, após, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS); o terceiro ciclo, marcado pelas Ações Integradas em Saúde, em um contexto de crise da Previdência Social; a transferência, também na década de 1980, dos serviços básicos para as redes estaduais e municipais de saúde através do Sistema Único Descentralizado de Saúde; e o quinto ciclo de expansão, que ocorre com a criação do Programa Saúde da Família no estado do Ceará, seguido da sua institucionalização como política nacional para a atenção básica.

<sup>45</sup> Consistem em mecanismos de encaminhamento para atendimento em serviços da rede de saúde (referência) e de retorno para acompanhamento no serviço de origem (contrarreferência). Visam a garantir o acesso aos diferentes níveis e serviços do SUS, de acordo com a necessidade de atendimento.

urgência/emergência como vias de acesso e atendimento no sistema, implicando uma atenção em saúde pontual, com prejuízo para a melhoria efetiva do quadro de saúde da população.

Nesse horizonte, este autor propõe a mudança do modelo piramidal para o circular, imagem que supera a rigidez da hierarquização, favorece a construção de acessibilidade ao sistema, através de diversos pontos da rede de serviços, juntamente com a garantia de atendimento continuado e oferta tecnológica adequada a cada situação.

Essa perspectiva circular pode ser articulada com a formulação de Mendes (2002), que destaca o papel estratégico da atenção básica na transição de um sistema hierárquico piramidal para uma rede horizontal integrada de serviços de saúde. Nessa dinâmica, conforme este autor, a atenção básica, enquanto centro de comunicação desta rede, deve cumprir três funções essenciais: a resolutividade, podendo, assim, resolver grande parte das necessidades de saúde da população usuária; o papel organizador dos sistemas de referência, dos fluxos da rede; e a responsabilização, mantendo a corresponsabilidade pela saúde dos sujeitos, independente do nível do sistema de saúde no qual estão sendo atendidos.

Além dessas funções, podemos também destacar atributos assistenciais da atenção básica, que a caracterizam e demarcam sua relevância e abrangência na organização do sistema de saúde. Conforme Starfield (2002) estes atributos consistem: na acessibilidade e primeiro contato, que se refere ao acesso preferencial e facilitado da população a serviços de saúde; a longitudinalidade, constituída pelo estabelecimento de cuidado e relações contínuas entre equipe e população; a coordenação, que consiste na responsabilização pelo cuidado em saúde, mesmo quando o usuário acessa outros níveis de atenção do sistema; a abrangência do cuidado, relativa à adequação das ações programadas pelo serviço frente às necessidades de saúde e à capacidade de resolutividade dessas ações.

Neste horizonte, após delinear em linhas gerais as características da atenção básica e sua inserção no sistema de saúde, é possível situar a integralidade a partir de um duplo eixo de análise: a acessibilidade/universalidade e a dimensão assistencial frente às necessidades de saúde.

Parte-se do pressuposto que a integralidade fundamenta-se na compreensão abrangente das necessidades em saúde, tendo em vista efetivar o conceito ampliado de saúde no cotidiano do SUS. Implica, assim, a percepção dessas necessidades como circunscritas ao campo dos direitos sociais.

Esses direitos, construídos historicamente, dizem respeito ao reconhecimento das necessidades de sujeitos concretos, do processo de politização destas necessidades e sua inscrição no plano da legislação. Ancoram-se na perspectiva de igualdade, no reconhecimento e na busca pelo enfrentamento das desigualdades sociais no seio das sociedades capitalistas, sendo exercidos por meio da intervenção estatal, da responsabilidade do Estado no provimento desses direitos (COUTO, 2006).

Desta forma, a política social é uma mediação fundamental na materialização dos direitos sociais, porque voltada historicamente para a satisfação dessas necessidades sociais (PEREIRA, 2008). Contudo, como destaca esta autora, o caráter contraditório da política social como um campo atravessado por demandas do capital e do trabalho faz com que esta congregue interesses opostos, razão pela qual nem sempre seus impactos resultam em melhoria nas condições humanas de seus destinatários.

Nesse contexto, a integralidade é uma noção que nos instiga a interrogar sobre a forma de materialização dos direitos sociais, sobre as respostas estatais às necessidades sociais. Ela aponta para uma perspectiva totalizante na abordagem dessas necessidades, que rompa com o caráter descontínuo, fragmentado e parcial na prestação de serviços sociais. Associa-se, portanto, a movimentos permanentes de qualificação das políticas sociais na construção de patamares elevados de satisfação dessas necessidades.

Para tanto, é necessário romper com concepções relativistas na definição das necessidades sociais, as entendendo como matéria de direito (PEREIRA, 2007), ou seja, tomá-las como centro da política social e base fundante da constituição de direitos. Neste horizonte, destaca-se a conceituação de PEREIRA (2007, p. 68), que define

“(...) dois conjuntos de necessidades básicas *objetivas* e *universais* – que devem ser concomitantemente satisfeitos por todos os seres humanos (...) São eles: saúde física e autonomia. Estas necessidades

não são um fim em si mesmo, mas precondições para se alcançarem objetivos universais de participação social.”

A busca pelo atendimento integral das necessidades humanas torna-se um desafio para todos os atores sociais implicados com a qualificação das políticas públicas, entre estas, a atenção básica em saúde. Insere-se num contexto mais amplo de disputa pela afirmação de democracia e justiça social, que se soma à contraditória luta por emancipação e cidadania da classe trabalhadora no seio das sociedades capitalistas<sup>46</sup>.

Como uma noção preñe de sentidos e uma “imagem-objeto”, a integralidade em saúde indaga sobre valores a serem defendidos na materialização do sistema de saúde, assim como remete necessariamente à centralidade do direito universal à saúde, o qual implica num duplo movimento que articule a garantia/oferta de políticas públicas que incidam sobre a melhoria das condições de vida da população com a luta social pelo acesso igualitário e universal aos serviços de saúde (MATOS, 2005; 2006).

A noção de integralidade é originária da medicina integral, estando vinculada à proposta da medicina preventiva, a qual foi reelaborada criticamente pelo movimento sanitário brasileiro, em especial no que tange à superação da compreensão de saúde a partir do modelo da história natural das doenças e das propostas de reformas parciais, que previam ações preventivas a serem realizadas pelo setor público, delegando as demais ações de saúde para a medicina privada (PAIM, 2008).

Conforme Paim (2008), a integralidade nas bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira incorpora quatro perspectivas, compreendendo-a:

“a) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc.) que

---

<sup>46</sup> É importante nos atentarmos para os limites da emancipação humana na ordem capitalista burguesa, pois a efetiva emancipação social transcende o limitado horizonte do direito burguês, sendo impensável sem a construção de uma sociedade radicalmente democrática (MARX, 2004c). Na mesma linha, se evidenciam as limitações da efetiva universalização da cidadania nos marcos da sociedade burguesa, ou seja, não há como compatibilizar cidadania plena e capitalismo (COUTINHO, 2008).

incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersectorial” (PAIM, 2008, p. 15)

Desse modo, a integralidade na Reforma Sanitária brasileira deve se materializar tanto no plano da atuação profissional como, fundamentalmente, na própria organização do sistema de saúde, em especial no que tange à articulação e construção de um sistema integrado: integração de abordagens assistenciais, articulação dos serviços de saúde, interfaces com as demais políticas de Seguridade Social.

Outro ponto é explorarmos o conceito de necessidades de saúde, adotando-o como uma alternativa para operar a integralidade no cotidiano das práticas de saúde, ou seja, estabelecendo mediações para o trabalho sob essa diretriz (CECÍLIO, 2006a). Para Cecílio (2006b), essas necessidades podem ser apreendidas em quatro grandes eixos, que englobam: as condições de vida dos sujeitos, ou seja, aquelas necessidades relacionadas ao exercício da saúde, diretamente implicadas no acesso a bens e serviços que impactem na melhoria da qualidade de vida; o acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar, qualificar e prolongar a vida, sejam estas abordagens coletivas ou individuais, voltadas para prevenção e/ou recuperação; o vínculo usuário/serviços de saúde, ou seja, responsabilização, compromisso com suas questões de saúde, processo que incide na qualidade e resolutividade da atenção em saúde; e os crescentes níveis de autonomia do usuário, como dimensão de emancipação.

Nesse horizonte, a integralidade pode ser entendida como o compromisso crescente do sistema de saúde, em sua totalidade, com a viabilização e garantia do atendimento qualificado e ampliado das distintas necessidades da população usuária, processo que passa necessariamente pela afirmação do acesso universal.

Entendemos que essa temática da acessibilidade/universalidade precisa ser analisada a partir das relações intrassetoriais, da permanente articulação entre os diferentes âmbitos do SUS, de modo a efetivar a garantia do acesso universal ao direito saúde. Essa perspectiva não se dissocia da potencialização e ampliação da capacidade resolutiva da atenção básica, mas considera que o atendimento integral às necessidades de saúde ultrapassa esse nível de atenção. Assim, se vislumbrada de forma fragmentada, a atenção básica se engessa em ações desarticuladas de

uma efetiva integralidade ampliada. Esta dimensão da integralidade evidencia que o atendimento integral às necessidades de saúde não se realiza somente no âmbito de um serviço de saúde – por mais competente e comprometido que ele esteja com tais necessidades – e sim deve ser pensado e efetivado através da articulação entre os demais níveis do sistema e do acesso a serviços e políticas para além do setor saúde, visando à melhoria e à ampliação da qualidade de vida dos usuários (CECÍLIO, 2006a).

Um desafio que emerge para a efetivação da integralidade numa concepção ampliada é a constituição de circuitos ou linhas de cuidado, de “referenciamento responsável” dentro do setor saúde e entre demais políticas setoriais. Para tanto, é necessário ultrapassar iniciativas pontuais de técnicos e usuários do sistema, de forma a constituir arranjos gerenciais que deem solidez a interfaces assistenciais dos serviços, explorando as possibilidades inscritas na gestão municipal e territorializada de grande parte dos serviços e das políticas públicas.

No que se refere à dimensão assistencial, o princípio da integralidade implica a ampliação do objeto das ações de saúde. A noção de integralidade expressa na legislação – entendida como um “conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema” (SILVA ET AL, 2003, p.235) – implica a indissociabilidade de diferentes abordagens no cuidado em saúde. Além disso, podemos destacar que o texto constitucional, ao priorizar a prevenção na definição da diretriz de atendimento integral, revela clara conotação política, pois incorpora a perspectiva de mudanças em um sistema de saúde historicamente desigual, marcado pela cisão entre assistência privatista e prevenção em saúde (CAMPOS, 2003).

Contudo, apesar dos avanços no plano da legislação de saúde e da implantação do SUS significarem importantes progressos nesse setor, ainda permanecem desafios no âmbito assistencial quanto à qualificação dos serviços de saúde de modo a produzir impacto na qualidade de vida da população usuária.

Nesse horizonte, a integralidade em saúde converte-se numa noção que indaga sobre esses desafios, podendo ser visualizada em três âmbitos que demarcam seus sentidos e valores sociais na defesa do direito à saúde (MATTOS, 2006):

- nas práticas em saúde: implica o não reducionismo do “paciente” e de suas necessidades, estando diretamente relacionada com a crítica da medicalização da sociedade. Materializa-se como um atributo das práticas, das respostas profissionais que buscam a compreensão sobre o conjunto de necessidades de ações de saúde que o usuário apresenta, explorando possibilidades de atuação preventiva de forma articulada com a recuperação.
- na organização dos serviços e das práticas em saúde: essa perspectiva da integralidade parte da crítica da organização fragmentada dos sistemas de saúde, pautada na dicotomia entre serviços de saúde pública e assistência médica e na existência de programas verticalizados de saúde. Materializa-se numa lógica de programação de saúde horizontalizada, na qual o plano do serviço busca atingir as necessidades da população-alvo, apreendendo-as de forma ampla, priorizando o impacto epidemiológico, integrando o atendimento à demanda programática e espontânea.
- como um traço das políticas do setor saúde: significa a noção de responsabilidade estatal na resposta a problemas de saúde, juntamente à recusa do reducionismo do objeto das políticas que são alvo de formulação. Além disso, implica conjugar, na formulação das políticas, ações voltadas para a prevenção e a assistência, assim como a iniciativas de articulação com demais políticas setoriais, ampliando o enfoque e alcance destas.

Partindo das premissas apontadas, problematizaremos a emergência e consolidação da Saúde da Família, inicialmente como Programa e, posteriormente, como Estratégia, na qualidade de diretriz prioritária para o nível de atenção básica.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) foram criados e implantados no Brasil no início da década de 1990, na região Nordeste, priorizando áreas incluídas no Mapa da Fome, definidas como de grande vulnerabilidade, com altos índices de mortalidade infantil e inacessibilidade a serviços de saúde (GUEDES, 2006). A formulação e a organização desses programas têm como eixo a substituição do modelo de atenção centrado no âmbito hospitalar para a atenção centrada na família-comunidade, tendo como princípios (FRANCO; MERHY, 2007): a integralidade e hierarquização; a territorialização e adscrição de clientela, direcionando o trabalho ao

acompanhamento da população do território de abrangência de, no máximo, 4500 pessoas; trabalho em equipe multiprofissional, composta de forma mínima por um médico de família (ou generalista), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Desde a sua implantação, o debate sobre esses programas tem congregado tensões, passando a ser alvo de distintas abordagens, aglutinadas em dois polos de análise. O primeiro problematiza a tendência de precarização e focalização de serviços sociais contida nesses programas, ou seja, a lógica de racionalização de recursos com assistência em saúde através da priorização de serviços básicos direcionados a populações mais vulnerabilizadas, com restrições de acesso aos demais níveis de atenção. Já o outro polo de análise enfatiza os resultados positivos alcançados, tal como a ampliação do acesso a serviços de saúde, a melhoria dos indicadores de saúde das populações atendidas, bem como a potencialidade de reorientação do modelo assistencial, pois as diretrizes desses programas sinalizam para a ampliação do objeto das práticas de saúde e para a superação da atuação curativa e pontual.

É importante salientarmos que as marcas da precarização, focalização e racionalização, recorrentes nas críticas ao PSF e PACS, adquirem densidade se situadas no contexto de emergência e consolidação desses programas na realidade brasileira. Assim, assume destaque a tendência geral de redução de investimentos e qualificação das políticas públicas, decorrentes das medidas de ajuste estrutural da década de 1990, bem como o acirramento da tensão entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista de saúde, respaldado em um projeto societário de democracia restrita e de redução de direitos (BRAVO; MATTOS, 2002).

Além disso, constata-se a vigência de um processo de “reforma”<sup>47</sup> do Estado, que possui elementos de continuidade<sup>48</sup> na presente década, com repercussões no

---

<sup>47</sup> A “reforma” do Estado decorre de uma série de mudanças nas relações sociais, num contexto de novo padrão de produção capitalista no qual o grande capital, na busca de manutenção de sua taxa de lucratividade, pressiona a refuncionalização do Estado e de sua atuação na regulação social (COSTA, 2006). Assim, o caráter regressivo das medidas “reformistas” nos leva a considerar mais adequada a conceituação de contra-reforma, entendida como retrocesso, e mesmo na quebra de condições que foram construídas historicamente para que se realizassem reformas efetivas, num quadro mais amplo de profundas transformações societárias, pois reformas efetivas contêm embriões de mudanças e de possibilidades revolucionárias (BEHRING, 2003).

<sup>48</sup> Entre os elementos de continuidade na presente década, destacam-se: a “reforma” da Previdência Social (Emenda Constitucional nº 41 de 2003); a manutenção da política econômica adotada na década de 1990, inclusive com a elevação das taxas de superávit primário; a manutenção do



campo das políticas sociais. Esse processo engloba uma série de medidas, tendo como eixos centrais (COSTA, 2006): cortes de gastos com os benefícios sociais; programas de privatizações; políticas voltadas para a ampliação da liberdade do capital e desregulamentação do mercado de trabalho, com a modificação das leis trabalhista e previdenciária; a realização de ajustes fiscais e estabilidade interna da moeda, tornando necessário o controle dos gastos públicos e a geração de superávit primário para saldar juros das dívidas externa e interna.

O debate sobre a focalização no âmbito do PSF/PACS precisa ser analisado a partir de três ângulos. O primeiro consiste na sua implantação somente tendo como foco populações vulneráveis, o que demonstra uma influência significativa das diretrizes de organismos internacionais para “reformas”<sup>49</sup> no setor saúde, com base no ajuste<sup>50</sup> neoliberal direcionado ao campo das políticas sociais. O segundo ângulo refere-se à focalização como oferta de um tipo de atenção em saúde, minimalista, desarticulada do acesso ao sistema, como estratégia de “universalização” precarizada. O último ângulo consiste nas condições de gestão do trabalho no PSF, caracterizadas pela precarização e flexibilização das relações de trabalho, frequentemente associadas à existência de fundações, organizações sociais, entre outras entidades de direito privado.

Entendemos que esses aspectos têm mediado a estruturação da política de saúde e, em especial, da atenção básica, e ressaltam-se, colidem frontalmente com a perspectiva de proteção social afirmada pela Constituição de 1988, além de minarem as condicionalidades de atendimento integral às necessidades de saúde.

Contudo, a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde efetivadas nas duas últimas décadas - mesmo que inseridas num contexto

---

mecanismo de Desvinculação de Receitas da União (DRU), que acarreta a diminuição de gastos na área social e a proposta de criação de Fundações “Estatais” de Direito Privado (projeto de lei nº92/07) para a gestão e execução de serviços sociais.

<sup>49</sup> Dentre as proposições do Banco Mundial para a “reforma” do setor saúde no Brasil, destacam-se (RIZZOTTO, 2005): a diminuição dos investimentos públicos no campo da assistência, com ênfase para a focalização de serviços e ações preventivas direcionadas aos fatores de risco; o controle de custos da assistência através de co-pagamento dos usuários; o aumento da transferência de recursos públicos para o setor privado e a diminuição de leitos hospitalares, entre outros.

<sup>50</sup> No que tange às características e consequências negativas desse ajuste, destacam-se (SOARES, 2002): o comportamento regressivo dos gastos e do financiamento do setor social, resultando no esvaziamento do orçamento desse setor; a descentralização, como estratégia de desestruturação dos serviços sociais; as privatizações totais e parciais desses serviços, resultando numa dualidade discriminatória; a focalização dos serviços sociais, que passam a ser destinados exclusivamente à população comprovadamente empobrecida e a responsabilização da família e da sociedade civil como agentes de bem-estar social.

contraditório, atravessado por tendências neoliberais - têm impulsionado a criação de experiências diversas na saúde, dentre as quais se verificam movimentos de avanços na consolidação do SUS. Um grande número de gestores, profissionais e usuários do SUS têm atuado na melhoria da atenção à saúde, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, possibilitando o surgimento de inovações na gestão das políticas de saúde e o desenvolvimento de novas abordagens assistenciais.

No que tange à atenção básica, ela assumiu destaque no debate público da saúde, estando presente de forma significativa nas discussões das Conferências de Saúde, sendo alvo de normatizações específicas. Nesse contexto, a criação de mecanismos de financiamento “indutivos” para a implantação do PSF/PACS, a adesão de gestores e setores do movimento sanitário a estes programas e suas diretrizes são fatores que favoreceram a rápida expansão da Saúde da Família, de modo a operar uma reestruturação desse nível de atenção.

Dentre esses mecanismos, estão, inicialmente, a NOB 96, que introduz mudanças na lógica de financiamento historicamente centrado na produção de procedimentos, assim como a definição do Piso da Atenção Básica e Programação Pactuada Integrada, pois ambas reforçam uma lógica de financiamento que prioriza metas e impactos a partir de indicadores e condições de saúde, juntamente com o crivo do controle social, convertendo-se num financiamento que leva à mudança da atenção (CAMPOS, 2003). Recentemente, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) também enfatiza indicadores para a atenção básica, associando o financiamento com a busca de impactos neste nível de atenção.

Além do financiamento, a estruturação de sistemas de saúde em torno da atenção básica tem se mostrado fundamental para a ampliação da equidade e da resolutividade, tornando-se uma tendência mundial (STARLFIELD, 2002).

Esses processos estão na base da constituição da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), que incorpora a experiência de expansão dos PSF/PACS e os consolida como Estratégia de Saúde da Família. Neste horizonte, coloca-se a tendência de a Saúde da Família deixar de ser uma política de focalização para compor uma estratégia maior de mudança do SUS, do modelo de atenção e do processo de trabalho em saúde, bem como de universalização da cobertura da atenção básica (TEIXEIRA, 2003).

Assim, abre-se um importante campo de disputa quanto aos rumos de materialização dessa política, processo no qual se ressalta a necessidade de adensamento de alternativas que avancem na mudança do modelo assistencial, que reafirmem a consolidação de uma política de saúde emancipatória como direito de cidadania, em consonância com os acúmulos produzidos pelo movimento de Reforma Sanitária.

Nesse horizonte, a proposta atual de configuração da atenção básica no SUS contém eixos norteadores que favorecem a reorientação do modelo assistencial, bem como se encontram em consonância com as diretrizes do SUS. Assume destaque a delimitação desse nível de atenção como um conjunto de ações em saúde – situadas nos âmbitos individual e coletivo, compreendendo a promoção, a proteção e a prevenção de agravos, bem como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde – as quais devem estar orientadas pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, integralidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006b). No que tange ao processo de trabalho das equipes, a ênfase de atuação volta-se para o território e para os grupos familiares, visando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade, o estímulo para o exercício do controle social, além da atuação intersetorial.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica compreendem uma ampla gama de ações, se relacionam com uma concepção ampliada de saúde, estando explícito o direcionamento no sentido de efetivar processos de trabalho fundamentados na interdisciplinaridade, na intersetorialidade, na atenção ampliada às necessidades de saúde. Porém, os processos de trabalho realizados diretamente a partir da ESF contam com um número reduzido de núcleos de conhecimento acionados na produção do cuidado, o que pode limitar as possibilidades de trocas criadoras que fortaleçam os saberes do campo da Saúde Coletiva. Neste sentido, acredita-se que um aspecto a ser adensado de reflexões é a contradição entre a ampliação do objeto saúde e do escopo de ações, proposta pela ESF, com a redução da multiprofissionalidade das equipes<sup>51</sup>, frequentemente denominadas de “equipes mínimas”. No entanto, é questionável se a presença de outros profissionais

---

<sup>51</sup> A composição básica conta apenas com médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, e, quando ampliadas, com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental.

na composição básica dessas equipes não seria uma estratégia potencializadora do modelo de atenção à saúde buscado por essa política.

Um contraponto possível à organização assistencial na ESF é a excessiva centralidade de programas, ou ações programáticas, como, por exemplo: saúde do adulto, com eixos como hipertensão, diabetes; saúde da criança; saúde da mulher, incluindo pré-natal, entre outros. Considera-se que a estruturação dessas linhas de atuação são fundamentais, e um dos êxitos da ESF reside justamente na melhoria dos indicadores de saúde das populações adscritas, ancorada no acompanhamento longitudinal, articulando reabilitação com promoção. Contudo, devemos considerar que essa organização assistencial comporta uma tendência ao estabelecimento de “caixinhas de atenção em saúde”, focadas em grupos específicos, recorrendo na problemática do distanciamento de uma abordagem que privilegie a saúde do grupo familiar e da comunidade-território.

Em grande parte, essa problemática é reforçada pela ênfase em metas e indicadores de “produtividade” dos referidos programas, o que acaba por limitar a autonomia de trabalho das equipes, inclusive no âmbito da educação em saúde no território. Há de se buscar, portanto, estratégias de organização dos serviços que se pautem em processos diagnósticos das necessidades de saúde da população, visando a contemplar a integralidade desde a organização dos serviços. Busca-se, desta forma, empreender respostas adequadas às necessidades, não desconsiderando a importância do atendimento de doenças, sejam estas agudas ou crônicas, mas não centrando as ações das equipes exclusivamente neste âmbito (MATTOS, 2006).

Nesse horizonte, a reorientação do modelo assistencial está diretamente relacionada à organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde, de modo a efetivar nessa área um cuidado ampliado, atento às demandas e necessidades de saúde emergentes de diversos e singulares processos de saúde/doençax que perpassam o cotidiano da vida de sujeitos individuais e coletivos.

Nessa linha, devemos atentar para três dimensões que compõem os modelos assistenciais (TEIXEIRA, 2003), quais sejam: a dimensão gerencial, relacionada a estratégias e mecanismos de reorganização dos serviços e ações de saúde; a dimensão organizativa, que abarca a definição de relações nos serviços,

considerando a hierarquização nos níveis de atenção; e a dimensão técnico-assistencial, operativa, que engloba as relações estabelecidas pelos profissionais com o seu objeto de trabalho, relações mediadas por saberes e tecnologias em diferentes planos, tais como prevenção de riscos, promoção e recuperação.

O enfoque para essas dimensões implica ressaltarmos que a reorientação do modelo assistencial deve ser apreendida de uma forma ampla, pois exige intervenções e esforços conjugados de diferentes atores envolvidos com defesa de consolidação do SUS e da integralidade. Portanto, este tema vem sendo alvo de debates e produções no campo da Saúde Coletiva, sendo diversos os enfoques sobre a constituição de modelos assistenciais. A seguir, ressaltamos aspectos da análise sobre esses modelos, realizada por TEIXEIRA (2003), enfatizando suas principais características e proposições:

- Modelos assistenciais voltados para o nível dos processos de trabalho, das micro-práticas: englobam a proposta “em Defesa da Vida” e o denominado “Ações Programáticas em Saúde”. O primeiro tem como premissas acolhimento, vínculo e contrato, enfocando o processo de trabalho em saúde em suas dimensões intelectuais e políticas, explorando processos instituintes no cotidiano dos serviços, tais como metodologias de gestão/organização do trabalho coletivo e humanização do cuidado. Já o segundo modelo enfoca a programação como um estratégia para a reorganização do processo de trabalho, valendo-se da utilização de saberes e tecnologias, tal como o enfoque epidemiológico, para delimitação dos objetivos de intervenção, da definição das necessidades de saúde e atenção a grupos populacionais.
- Modelos assistenciais voltados para o enfoque macro-organizacional do sistema: neste campo se aglutinam o modelo denominado Vigilância da Saúde, a própria Saúde da Família, o enfoque para a Promoção da Saúde e a proposta de Cidades Saudáveis.
  - A vigilância embasa-se na perspectiva de Distritos Sanitários, na centralidade do enfoque para o território e para as condições de vida, operacionalizando a articulação de ações de promoção em saúde com a vigilância de riscos e danos, bem como a assistência a grupos populacionais definidos.
  - A Saúde da Família, que teve sua origem no movimento de Medicina Familiar nos EUA, passa por uma reconfiguração no contexto brasileiro, processo que

abarcando influências da Medicina Comunitária, contribuições da epidemiologia, da administração e do planejamento em saúde. Enquanto modelo, a Saúde da Família pauta-se na organização sistêmica de serviços, na multiprofissionalidade e em dados epidemiológicos para a programação e o planejamento das ações.

- A promoção da Saúde tem como marco a Conferência de Ottawa, na década de 1980, configurando um enfoque técnico e político para o processo saúde-doença, que destaca a articulação de ações estatais, dos sistemas de saúde, dos sujeitos e também parcerias de diferentes setores que incidam nos problemas de saúde e na qualidade de vida. Este movimento está diretamente relacionado com a proposta de criação de “cidades saudáveis”, que implica uma visão ampla da gestão governamental e atuações intersetoriais.

Consideramos que a integralidade, pensada a partir da atenção básica, tem no entrelaçamento de iniciativas de mudanças das práticas no nível micro e na construção de macro-iniciativas para o SUS um caminho para sua afirmação. No que tange aos modelos, consideramos relevante articular diferentes perspectivas por eles apontadas no sentido de subsidiar a construção de respostas aos desafios vivenciados no cotidiano do trabalho em saúde, mas sem descontextualizá-los da realidade do SUS, assim como do quadro societário brasileiro e da luta pela efetivação da Seguridade Social.

Inicialmente, apontamos que é preciso investir na construção de novas formas de organização dos processos de trabalho em saúde, que invertam o eixo procedimento-centrado para o eixo usuário-centrado, a fim de que estes impactem em direitos, produzam maior autonomia no modo de andar a vida (MERHY, 1998). Essa inversão implica (re) arranjos e mudanças no cotidiano das instituições de saúde, sendo fundamental a democratização dos serviços e a afirmação de espaços de participação da população no cotidiano das ações em saúde.

Significa também a adoção de uma organização do processo de trabalho aberta à incorporação de demandas e necessidades da população: uma relação dialética entre necessidades de saúde e oferta de serviços. Isso consiste em estratégias permanentes de interação e apreensão da realidade vivida pela população atendida, do território/comunidade no qual se insere o serviço, de modo a impulsionar ações contínuas e planejadas que atinjam fatores que conformam o processo saúde/doença de dada população. São possibilidades de viabilização

dessas estratégias: os processos de gestão colegiada dos serviços com conselhos locais de saúde, o redimensionamento entre atendimento da demanda espontânea e oferta programada com base em necessidades prevalentes, a implantação da estratégia de acolhimento<sup>52</sup> nos serviços para o fortalecimento do acesso.

Nessa perspectiva, a integralidade deve ser pensada no âmbito da atenção prestada diretamente no espaço de um serviço de saúde, podendo ser definida como integralidade “focalizada”<sup>53</sup> (CECÍLIO, 2006a). Esta dimensão da integralidade corresponde ao movimento empreendido pela equipe, no contato profissional-usuário, no sentido de realizar a melhor escuta, apreensão e atendimento das necessidades de saúde, frequentemente travestidas em demandas simplificadas, ou moduladas pela oferta dos serviços. Deve-se, segundo o autor, investir na confluência de saberes das equipes multiprofissionais, na organização e capacitação destas equipes, no sentido de ampliar esse processo de escuta, apreensão e atenção às necessidades de saúde. Assim, destaca-se o outro pilar no qual se ancora a integralidade: a interdisciplinaridade nas práticas em saúde.

Diante do exposto até então, entendemos que a adoção de um programa/estratégia na atenção básica em saúde, isoladamente, possui limitações na produção de impactos significativos em mudanças estruturais na conformação do SUS, mesmo que direcionado para a reorientação do modelo assistencial. A ESF contém potencialidades que devem ser ampliadas e ancoradas em políticas indutivas de mudanças no processo de trabalho e de qualificação da assistência, de modo a fortalecer e afirmar a integralidade no sistema de saúde a partir desse nível de atenção. Destaca-se, assim, a importância da ampliação e consolidação de Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação Saúde, com foco na Atenção Básica. Visualizamos dois eixos estratégicos para estas políticas: a reorientação da formação e iniciativas de desprecarização das relações e das condições de trabalho em saúde, ambos, aspectos que resultam em condicionantes para a atenção integral em saúde.

---

<sup>52</sup> Trata-se de estratégia que visa promover mudanças na organização dos processos de trabalho e serviços, ampliando a escuta, o acesso e a resolutividade da atenção em saúde. Para relato de experiência ver (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007.)

<sup>53</sup> Mesmo que o foco seja centrado no movimento empreendido pela equipe/ serviço de saúde, esta não pode perder de vista a totalidade. Este seria um movimento do processo de integralidade, considerado a partir de uma perspectiva dialética que implica sucessivas aproximações.

A expansão da ESF tem se dado com diversos arranjos de gestão do trabalho em saúde, frequentemente com diferentes tipos de contratação e remuneração. Estima-se que cerca de 200 mil profissionais de saúde da Saúde da Família não estão empregados nem sob o vínculo da CLT nem são estatutários, ou seja, não têm vínculo empregatício (GIRARDI ET AL, 2004). Essa realidade gera instabilidade e baixa fixação de profissionais nesses serviços, o que impacta negativamente no vínculo população-equipes, inviabilizando uma assistência contínua e planejada. Desta forma, a construção de um novo modelo assistencial em saúde deve estar alicerçada em condições sociopolíticas, materiais e humanas que possibilitem um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência, pois condições precárias de trabalho produzem alienação, impotência, estresse, dificultando a construção de iniciativas inovadoras na atenção (RIBEIRO, 2004).

Soma-se a este desafio a necessidade de aproximação de grande parte das propostas político-pedagógicas dos cursos das profissões de saúde com as necessidades sociais da população usuária do SUS, assim como a reorientação do modelo assistencial tendo como foco a atenção básica em saúde, temática discutida no capítulo anterior. Neste quadro, a consolidação da ESF tem impulsionado iniciativas de reorganização curricular nos cursos de graduação da área da saúde, bem como a ampliação de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade/Medicina de Família e Comunidade, as quais devem ser ampliadas de modo a potencializar a atuação dos profissionais em consonância com as diretrizes da atenção básica.

Juntamente com a RMS, a Educação Permanente em Saúde também vai ao encontro do desafio de estabelecer mudanças no trabalho em saúde. Atualmente, uma interface da EPS com a Atenção Básica ocorre através da realização de cursos introdutórios direcionados aos profissionais que ingressam na ESF, como espaços que possibilitam aproximações com as diretrizes dessa política, bem como qualificação inicial para a atuação neste nível de atenção. Contudo, ressalta-se a importância da efetivação de estratégias que possam dar continuidade a essa qualificação inicial, efetivando espaços de EPS no cotidiano dos serviços e da rede de saúde local que ofereçam suporte aos profissionais na construção de inovações assistenciais na execução da ESF.



Ainda no que se refere ao desenvolvimento de ações/políticas que tomem como objeto a integralidade na atenção básica, torna-se fundamental a consolidação de estratégias direcionadas a prestar apoio ao trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF, potencializando o alcance e a resolutividade do cuidado em saúde. Assim, devemos investir na intrasetorialidade, em relações de corresponsabilização, de apoio entre serviços de saúde que garantam o acesso aos diversos níveis de atenção. Do mesmo modo, construir iniciativas intersetoriais, tais como entre as políticas de assistência social, habitação, educação, entre outras, visando ampliar o leque de atenção às necessidades de saúde das populações adscritas às equipes de ESF.

A construção e o fortalecimento de iniciativas de apoio matricial à ESF é uma estratégia em gestão que vai ao encontro da potencialização da integralidade. Apoio matricial e equipe de referência se constituem numa metodologia para a gestão do trabalho que visa a oferecer uma retaguarda especializada e um suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais (CAMPOS, 2007). Conforme esse autor, essa metodologia fortalece a ampliação do vínculo entre profissionais-usuários, a longitudinalidade do cuidado, bem como a clínica ampliada, além de favorecer uma integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

Uma rede básica ampla e resolutiva, aliada à perspectiva de apoio matricial, logra potencialidades no alcance de uma atenção em saúde que impacte na qualidade de vida da população, otimize recursos e produza melhoria nos indicadores de saúde. A perspectiva de apoio matricial, aliada à centralidade da atenção básica na organização de sistemas de saúde é corroborada pela constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), política recentemente consolidada e em fase de implantação (BRASIL, 2008). Os NASFs têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde. O processo de trabalho a ser desenvolvidos pelos profissionais que compõem os NASFs ocorrerá em parceria com as Equipes Saúde da Família, compartilhando das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, bem como prestando apoio às equipes por meio de capacitação permanente.

Por fim, destacamos que a discussão travada até então procurou explorar elementos que consideramos fundamentais acerca dos processos e contradições

que atravessam a Atenção Básica na atualidade, bem como as possibilidades inscritas nesse nível de atenção para a afirmação da integralidade. Trata-se de um campo em desdobramento, demandando um olhar crítico e atento do conjunto de atores envolvidos na operacionalização cotidiana do SUS, entre estes as diferentes profissões da saúde.

### **3.2 Possibilidades para o trabalho e a formação do assistente social sob o eixo da integralidade**

A discussão sobre a materialização do trabalho profissional de forma articulada com a afirmação da integralidade em saúde implica, necessariamente, a problematização do campo de valores e princípios que norteiam as ações profissionais, bem como a elucidação do objeto sobre o qual incidem estas ações. Desta forma, é fundamental estabelecermos as mediações entre projeto ético-político profissional e projeto de reforma sanitária, bem como entre saúde e questão social. Além disso, a configuração particular da atenção básica em saúde, as diretrizes e políticas que a norteiam também apontam tendências para a inserção e o desenvolvimento do trabalho profissional nesse âmbito do SUS.

Neste horizonte, construir mediações possíveis entre saúde e questão social nos remete a uma análise que incorpore, fundamentalmente, os impactos das transformações societárias em curso, situando a saúde no contexto da realidade social na qual esta se conforma. Tomemos, inicialmente, o conceito de saúde expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual é um marco na afirmação de uma concepção ampliada de saúde, permitindo-nos dialogar com a questão social em suas diferentes expressões. Assim,

em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987, p 384).

Nesse sentido, necessitamos perceber que os níveis de saúde da população acabam por reproduzir as condições que o contexto social lhe possibilita / impõe, pois expressam a estrutura societária, em que pese a possibilidade de resistência à

90

superestrutura que dela se origina, cuja centralidade é ocupada pela categoria trabalho, da qual decorre a luta de classes sociais e os antagonismos engendrados na dinâmica da sociedade. Isto implica desocultarmos e reconhecemos os impactos desses antagonismos entre as classes no acesso a bens, serviços e direitos como contradições sociais que conformam a saúde enquanto direito social, bem como suas possibilidades de garantia na atualidade, como espaço de contra-hegemonia.

Essa perspectiva sinaliza para a importância de considerarmos a determinação social<sup>54</sup> do processo saúde/doença, a qual ultrapassa a visão restrita que percebe saúde e doença como questões estáticas. Desse modo, apreendemos “a influência da cultura, das relações sociais e econômicas e das condições de vida nos processos saúde-doença” (NOGUERIA; MIOTO, 2006, p.228), bem como as mediações entre contexto particular de vida e totalidade social no âmbito deste processo.

A partir desse entendimento de saúde, podemos afirmar que esta se encontra cada vez mais inter-relacionada às refrações da questão social no cotidiano de vida dos sujeitos. Isto se evidencia claramente se analisarmos o conjunto de desigualdades decorrentes da sociedade capitalista madura, as quais são “mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso a bens da civilização” (IAMAMOTO, 2008, p. 160). Tais desigualdades assentam-se numa contradição fundamental e inerente a esta sociedade: a produção social torna-se cada vez mais coletiva, enquanto que se radicaliza a apropriação privada e monopolizada dos frutos do trabalho, bem como a distribuição desigual de riqueza (IAMAMOTO, 2008).

Essa contradição tem uma de suas expressões privilegiadas nas transformações vivenciadas no mundo do trabalho - engendradas pela flexibilização dos padrões de produção e de acumulação (HARVEY, 2008) – tendo como consequências o aumento do desemprego e das relações precarizadas, entre outros aspectos. Além disso, a questão social e suas expressões na atualidade são radicalizadas pela lógica especulativa do capital financeiro, a qual conta com o respaldo dos governos para sua livre circulação, resultando em um processo onde

---

<sup>54</sup> Para uma discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença ver Laurell (1983) e Berlinguer (1987).

“O predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das finanças (...) A subordinação da sociabilidade humana às coisas – ao capital-dinheiro e ao capital mercadoria - retrata, na contemporaneidade, um desenvolvimento econômico que se traduz como barbárie social” (IAMAMOTO, 2008, p. 125).

As repercussões desse “desenvolvimento” na realidade brasileira têm adensado uma realidade adversa vivenciada por setores majoritários da população, permeada por processos de pauperização, fragilização dos vínculos de pertencimento social, de inacessibilidade a direitos, com reflexo nas relações sociais e nos modos de vida. Somam-se a este contexto os traços conservadores da cultura brasileira no trato às expressões da questão social, condensadas na criminalização e moralização da pobreza.

Por outro lado, a contradição que marca o conceito dialético de questão social implica que a entendamos não só como as desigualdades decorrentes da relação capital/trabalho na ordem burguesa, mas também como as resistências empreendidas pelos sujeitos (IAMAMOTO, 2008). Assim, consideremos as inúmeras ações empreendidas no cotidiano da vida social, seja em âmbito individual ou coletivo, afirmando a defesa da vida, ressaltando que saúde é protagonismo, luta social. Desta forma, a saúde pode ser compreendida “ao mesmo tempo como resultado das formas de organização social da produção, mas sempre como fruto das lutas populares cotidianas, ambos atuando na conformação de sua concretização histórica e singular” (FLEURY, 2006, p. 30).

Essas são algumas questões que apontam a realidade na qual se conforma o exercício profissional do assistente social na saúde, que desafiam a construção de um trabalho articulado e compromissado com os interesses da população usuária. Esse trabalho deve estar atento às refrações da questão social no âmbito dos processos saúde/doença e às demandas emergentes no cotidiano profissional - a fim de potencializar a produção e a garantia da saúde, através da defesa e da ampliação de direitos - bem como aos valores e princípios consubstanciados no projeto de reforma sanitária e no projeto ético-político profissional.

Passemos, assim, à discussão desses projetos que balizam a abordagem da profissão e da saúde. Por projeto de reforma sanitária, entende-se um conjunto de concepções e valores em torno da saúde na sociedade brasileira, bem como dos meios de concretizá-los, o que se expressa nos planos ideológico, jurídico, político,

institucional e assistencial. Este projeto remete a um movimento fundamental gestado no campo das políticas sociais brasileiras, que tem sua expressão na Seguridade Social: a redemocratização da sociedade e, com esta, a emergência de movimentos sociais no sentido de universalização do acesso e de garantia aos direitos sociais.

Nesta perspectiva, a reforma sanitária se constitui num projeto civilizatório que pretende imprimir mudanças na sociedade, onde a saúde é um eixo de transformação. Além disso, ela também consiste numa

“(...) transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (FLEURY, 2006, p. 39).

A emergência do Movimento de Reforma Sanitária expressa o anseio da sociedade na afirmação da saúde como direito fundamental de cidadania no processo de transição democrática, diante do grave quadro de desigualdades sociais e sanitárias, do recrudescimento das condições de vida, acentuadas pela modernização conservadora efetivada nos anos de ditadura militar.

Esse movimento – tendo sua matriz teórica e conceitual ligada à Saúde Coletiva – opera uma politização da questão da saúde na sociedade num contexto maior de lutas pelo aprofundamento da democracia. A sua reivindicação central pode ser sintetizada no preceito “a Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado”, tema central na 8ª Conferência Nacional de Saúde e inscrito na Constituição Federal de 1988. Desta forma, a própria constituição do SUS na esfera da institucionalidade jurídico-constitucional representa a construção de um projeto alternativo ao hegemônico no campo da saúde na sociedade brasileira (CAMPOS, 1992).

Reiteramos, portanto, que o SUS se constitui numa estratégia institucional para a concretização das conquistas na esfera da legislação, como uma política de afirmação da esfera pública, de inclusão social e redução de desigualdades, representa e sintetiza o ideário da reforma sanitária. No entanto, a materialidade que este projeto assume no campo da saúde expressa as correlações de forças colocadas na sociedade, materialidade engendrada na disputa contra-hegemônica com demais projetos de saúde vigentes.

Neste marco da disputa e constituição de projetos coletivos é que se situa o projeto ético-político profissional. A construção deste remete ao processo de ruptura com o conservadorismo na profissão, o qual tem seu maior desdobramento na década de 1980. É neste contexto que se efetiva a condição política para a emergência de um novo projeto profissional (NETTO, 2006): coloca-se na conjuntura a reinserção da classe trabalhadora na cena política, processa-se o rebatimento no interior da categoria da disputa de projetos societários. Gesta-se o terreno sócio-histórico que impulsiona a ruptura com o conservadorismo profissional.

É no movimento da correlação de forças entre classes, como nos elucida lamamoto (1995), que a profissão reconhece as contradições sociais e implicações políticas do seu próprio fazer profissional como polarizado pela luta de classes, assumindo objetivamente o compromisso com os interesses dos usuários, dando um novo rumo às atividades profissionais. Esta vertente de renovação que difere das demais ocorridas na profissão, denominada intenção de ruptura (NETTO, 2004), sustenta a construção do projeto ético-político, que adquire hegemonia no âmbito da categoria.

Este projeto tem repercussões no campo da produção acadêmica, no adensamento da análise do exercício profissional e da questão social na cena brasileira, dos desafios contemporâneos para a garantia de direitos, entre outros. No âmbito da formação profissional, implica o redimensionamento do ensino visando à exigência de um novo perfil profissional (ABPESS, 1996). Já no campo da normatização do exercício profissional, materializa-se na elaboração da Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993) e do Código de Ética Profissional dos assistentes sociais (CFESS, 1993).

Este Código nos remete à vinculação do projeto profissional com um projeto social radicalmente democrático, com valores emancipatórios referentes à conquista da liberdade, além de indicar a centralidade do trabalho na (re) produção da vida social (BARROCO, 2006). A valoração ética do projeto profissional tem como núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, entendida historicamente: não desconsidera as determinações colocadas pela realidade e se posiciona frente a elas, “apontando para uma nova direção social, que tenha o indivíduo como fonte de valor, mas dentro da perspectiva de que a plena realização da liberdade de cada um requer a plena realização de todos” (PAIVA; SALES, 2003, p.182).

Desta concepção de liberdade, decorre o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, afirmando a vinculação do projeto profissional com a construção de uma nova ordem social sem exploração/dominação de classe, no contexto da defesa do aprofundamento da democracia. Evidencia-se a dimensão política do projeto profissional, como aponta Netto (2006), expressa no posicionamento em favor da equidade e da justiça social, na universalização do acesso a bens e serviços, bem como na ampliação e na consolidação da cidadania, como garantia dos direitos das classes trabalhadoras.

A valoração ética desse projeto remete, prioritariamente, ao campo da ação profissional frente à questão social, balizando a intencionalidade e a direção do trabalho do assistente social. Sinaliza para determinações concretas no campo da competência ético-política (BARROCO, 2006): esta competência não depende apenas de vontade política e adesão a valores, mas sim da capacidade de torná-los concretos, na unidade entre as dimensões: ética, política, intelectual e prática, como direção na prestação de serviços sociais. Além disso, a possibilidade de materialização da direção social do projeto ético-político decorre da relativa autonomia de que o assistente social dispõe no seu exercício profissional, contudo, autonomia determinada por correlações de forças societárias que se expressam de forma particular nos diferentes espaços sócio-ocupacionais (IAMAMOTO, 2008).

Passaremos a ressaltar a implicação de valores entre o projeto de reforma sanitária e o projeto profissional, bem como interfaces no processo de constituição destes. Ambos têm, no terreno sócio-histórico da redemocratização da sociedade, a condição política para seu adensamento e desdobramento na conjuntura brasileira. Estes se ampliam e adquirem uma direção social estratégica nesta conjuntura, ancorados no acúmulo de massa crítica produzida pelos atores que constituem o sujeito coletivo que os constrói: na categoria de assistentes sociais, a aproximação amadurecida com a teoria social crítica; e no movimento sanitário, o delineamento da área de conhecimento denominada Saúde Coletiva.

Ambos os projetos logram avanços nessa conjuntura, que se expressam na constituição do SUS, na ampliação da abordagem da saúde e na reorientação das práticas neste âmbito; na emergência de um novo projeto profissional com desdobramentos na produção acadêmica, na formação e na ética profissional. Estes projetos estão em sintonia com um projeto societário vinculado aos interesses da

classe trabalhadora e com o aprofundamento radical da democracia, estabelecendo estratégias nesta direção: no campo da saúde, a constituição do SUS, e no campo da profissão, o exercício profissional direcionado à garantia de direitos e à ampliação da cidadania.

Apesar dos avanços conquistados pela atuação de diferentes atores e forças sociais sob a direção social desses projetos, há tensões latentes que se traduzem em desafios a ser enfrentados. Como nos aponta Paim (2008), entre as “promessas não cumpridas” da Reforma Sanitária Brasileira estão: a sua restrição à dimensão setorial, não alçando reformas mais amplas; a não implementação efetiva do preceito constitucional da Seguridade Social, ou seja, do projeto de cunho universalizante; a reprodução da lógica hospitalar e medicalizante, de um modelo assistencial avesso ao idealizado para o SUS; as pequenas mudanças estruturais nos modelos de atenção e gestão em saúde; e a persistência do subfinanciamento, juntamente com a precarização das condições e relações de trabalho na saúde.

No plano da profissão, o desafio pulsante é o enraizamento efetivo do projeto ético-político no solo do exercício profissional, o que depende, sobretudo, da defesa da sua direção social estratégica. Além disso, é necessário aprofundarmos a análise sobre a organização dos processos de trabalho no qual o assistente social se insere, construindo uma base realista às projeções profissionais e sua viabilização (IAMAMOTO, 2008).

Contudo, cabe destacarmos que hegemonia não significa exclusividade ou supressão de demais posições e projetos, sendo a arena profissional aberta a diferentes tendências, as quais, por vezes, questionam a direção social estratégica desse projeto, defendendo sua inviabilidade ou sua “flexibilização”, ou ainda questionando sua base de sustentação teórica e política. Como nos aponta Netto (1996), em uma análise prospectiva sobre a profissão, “(...) o principal embate no Serviço Social terá um conteúdo nitidamente ídeo-político, mas embutido na polêmica teórico-epistemológica e operativa” (NETTO, 1996, p. 119). Acreditamos que esta tem sido uma das tônicas recorrentes nos debates do meio acadêmico e também do exercício profissional.

No plano da formação profissional, o desafio persistente é a implementação consistente das diretrizes curriculares da ABEPSS (1996), com trato especial para a centralidade da questão social e do trabalho, como transversais à formação e



abordadas com o devido rigor teórico-metodológico marxista. Esse processo se coloca na contratendência da precarização do ensino superior, que tem nos cursos de graduação à distância uma fundamental expressão. A precarização da formação nesta área tem como um dos seus resultados a despolitização profissional e também do ensino, comprometendo a direção social do projeto profissional, bem como impulsionando traços conservadores e regressivos nos meios acadêmico e profissional (IAMAMOTO, 2008).

É justamente nesse horizonte de caminhos a serem percorridos que o projeto de reforma sanitária e o projeto profissional, enquanto projetos coletivos, se constituem em um processo em desdobramento (NETTO, 2006): sem descaracterizar seus princípios, são plenos de possibilidades de empreenderem respostas aos desafios, demandas e necessidades emergentes da realidade social, possibilidades que se engendram no movimento da sociedade, nas contratendências, no fortalecimento do movimento democrático-popular.

Dadas essas considerações, que balizam a abordagem do Serviço Social na área da saúde, passaremos à discussão da materialização do trabalho profissional na atenção básica frente à diretriz da integralidade, de forma articulada com a formação nas Residências Multiprofissionais.

Como discutimos no item anterior, esse nível do sistema - dada a centralidade que assume na organização e na reestruturação do SUS, somada às suas singularidades e potencialidades assistenciais – é estratégico para a qualificação do sistema de saúde, com vistas à consolidação de uma abordagem integral. A integralidade como garantia qualificada do direito à saúde não pode ser dissociada da universalidade e da equidade, necessitando ser pensada e efetivada através de articulações intrassetoriais e intersetoriais, explorando as potencialidades inscritas na territorialização das políticas públicas.

Ao partirmos dessa premissa, reconhecemos que a Estratégia de Saúde da Família contém potencialidades de reorientação do modelo assistencial se inserida em uma estratégia totalizante de mudanças no SUS. Portanto, essa Estratégia precisa estar ancorada na garantia de acesso aos demais níveis de atenção, na criação de circuitos de cuidado, em relações de corresponsabilização entre os serviços de saúde, rompendo, assim, com a lógica da focalização que marca sua emergência.

Além disso, reiteramos que essas potencialidades devem ser ampliadas através de políticas indutivas de mudanças do processo de trabalho em saúde, a fim de atingir a qualificação do cuidado e, progressivamente, a integralidade. Visualizamos que tais políticas, necessariamente, incluem mudanças na formação profissional em saúde, implicam a desprecarização das relações e condições de trabalho na atenção básica, bem como iniciativas de Educação Permanente em Saúde e arranjos assistenciais ancorados no apoio matricial.

Desse modo, destacamos a importância da qualificação da atenção básica como uma política ampliada de proteção social direcionada à saúde da família, que incorpore diferentes dimensões assistenciais no acesso e na garantia da saúde como direito social. Neste processo, a concretização da integralidade na atenção básica se constitui num desafio a ser enfrentado pelos distintos atores implicados com o processo de consolidação do sistema de saúde brasileiro e do projeto de Reforma Sanitária, entre eles, os assistentes sociais.

Essas questões apontam tendências em curso e também em disputa no âmbito dessa política, que conformam a inserção do trabalho do assistente social na atenção básica e também perpassam a formação em Residência. Como já apontamos, a ampliação do escopo de atuação da atenção básica é acompanhada pela contraditória redução da composição multiprofissional das equipes de saúde, aliada a uma crescente precarização das relações de trabalho nesta política. Assim, apesar de o assistente social possuir saberes e competências relacionadas às ações previstas pela atenção básica, visualizamos uma tendência de inserção deste profissional em outros níveis de atenção do SUS, no campo da especialização de áreas de cuidado em saúde, devido à dificuldade de inserção na ESF.

Concomitante a esse processo, nos demais serviços<sup>55</sup> que compõem a rede assistencial básica, tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Sanitárias (US) e Centros de Saúde (CS) temos, frequentemente, a existência de equipes mais ampliadas, podendo incluir o assistente social. Estes serviços atuam no atendimento à população/território adstrito e visualizamos que possuem como

---

<sup>55</sup> Estes serviços estão presentes nos sistemas locais de saúde dos grandes centros urbanos, como é o caso de Porto Alegre, e em municípios nos quais não se efetivou a ampliação da ESF ou, ainda, onde a estrutura da atenção básica não foi direcionada para a implantação desta política.

tendência a sua integração em sistemas de referência e contrarreferência e suporte à ESF.

Outro ponto é que, pela inserção direta da ESF nas comunidades, estes serviços se deparam com uma diversidade de processos e demandas sociais, sendo notória a exigência, por parte dos trabalhadores, de instrumentais de trabalho que vão certamente para além das áreas de conhecimento atualmente preconizadas. Questões na área da saúde mental, violência, segurança alimentar, vulnerabilidade e risco social, reabilitação de pessoas restritas ao domicílio, assistência farmacêutica, entre outras, emergem de forma constante, pressionando o sistema de saúde a fornecer respostas sem que se sobrecarreguem os demais níveis de atenção do SUS. Desta forma, é inegável a necessidade de criação de estratégias de suporte a estas equipas, que vão desde arranjos que ampliem a sua composição<sup>56</sup>, ancoradas nas necessidades de saúde emergentes, bem como a equipas matriciais e a recente constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Dentre esse contexto de mudança da atenção básica, de reorganização dos serviços e expansão da ESF, inclusive nos grandes centros urbanos, visualizamos três tendências para a inserção dos assistentes sociais na atenção básica, quais sejam: a participação direta deste profissional em equipas de ESF, contudo, condicionada às configurações locais da rede de saúde, em que esta garanta a inclusão de outros profissionais além dos previstos na equipa mínima; sua participação direta em equipas de outros serviços de atenção básica onde não foi implantada a ESF, voltando-se para o atendimento da população adstrita, juntamente com o atendimento “especializado” de referência para a ESF e também participando de iniciativas de apoio matricial; a inserção direta em equipas de apoio matricial, em especial os NASF, na qual a atuação ocorre a partir da interface com as equipas ESF e territórios vinculados ao NASF.

---

<sup>56</sup> Entendemos que essa possibilidade deve ser amplamente discutida pela categoria de assistentes sociais. Acreditamos que a ampliação das equipas de ESF deve se pautar em um debate público que articule a inserção de outros profissionais além da equipa mínima, de acordo com as necessidades de saúde locais da população e do sistema, juntamente com o controle social, em especial, com a população usuária, resultando em um processo de pactuação com gestores locais. Trata-se de uma alternativa e estratégia política, inclusive para as entidades profissionais, que supere o viés fortemente corporativista que tem marcado essa discussão, vendo na ESF um nicho de mercado de trabalho. Ou seja, justificar a inserção de outros profissionais de acordo com o perfil sócio-epidemiológico da população, com a configuração local da rede básica, com o impacto e as contribuições que as ações profissionais aportariam para a qualidade da atenção em saúde.

No que tange especialmente aos NASF, entendemos que este é um debate que necessita ser aprofundado, em especial, em relação ao trabalho pautado no apoio matricial<sup>57</sup>/ assessoria. Afinal, que particularidades adquire o trabalho desse profissional vinculado aos NASF? Que papel a categoria assume na consolidação de uma relação construtiva com os demais profissionais? Quais saberes e competências profissionais são mobilizados no processo de suporte às equipes de ESF? A construção de respostas para tais perguntas necessita considerar as com as ações<sup>58</sup> previstas para os assistentes sociais, definidas na Portaria que os institui, as quais têm como eixos: a “promoção da cidadania , a produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde (...) contribuindo para o desenvolvimento e ações intersetoriais para a realização efetiva do cuidado” (BRASIL, 2008).

Entendemos que os NASF representam um novo espaço sócio-ocupacional a ser explorado pelos assistentes sociais, elucidado em suas potencialidades e contradições. Questões implicadas no processo de implantação (composição das equipes, priorização das áreas/equipes de ESF) e na dinâmica de funcionamento (o grande número de equipes de ESF vinculadas a cada NASF, a tendência deste de assumir o papel de um serviço de média complexidade e funcionar na lógica tradicional da referência e contrarreferência) necessitam ser debatidas, serem alvo de pesquisas, bem como privilegiar relatos de experienciais profissionais sobre a atuação em apoio matricial.

---

<sup>57</sup> Para essa discussão, cabe ressaltar as indicações de CAMPOS (2007) sobre apoio matricial: a relação entre apoiador (ou equipe) matricial baseia-se na construção de projetos terapêuticos, ou seja, na discussão e no planejamento conjunto das terapêuticas (ou plano de acompanhamento) direcionadas a cada usuário, sempre de modo integrado com a equipe de referência; composição de diferentes estratégias de apoio, tais como atendimentos e intervenções conjuntas entre equipe e apoiador, atendimento especializado do apoiador em algum caso emergente (com a co-responsabilização e permanência de vínculo com a equipe de referência), troca de conhecimentos e orientações. Ressaltamos, ainda, outra possibilidade de trabalho, tal como processos de assessoria, que compreendam a análise e identificação de necessidades no território, objetivando a potencialização de ações existentes e o planejamento de novas ações.

<sup>58</sup> Destacamos algumas ações atribuídas ao Assistente Social no NASF: “estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário; discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social do território; atender as famílias de forma integral estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias; identificar, no território, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social; apoiar e desenvolver técnicas de mobilização em saúde; desenvolver, junto com os profissionais das ESF, estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas”, entre outras. (BRASIL, 2008).

A formação dos assistentes sociais nas Residências, no âmbito da atenção básica, necessita dialogar com essas tendências colocadas para a profissão neste âmbito do SUS. Implica apreendê-las e problematizá-las, sobretudo, de forma articulada com uma análise conjuntural sobre a própria configuração da rede básica no contexto dos sistemas locais de saúde. Dois eixos são pertinentes para esta problematização: as correlações de forças, as disputas para a qualificação da rede básica - das modalidades de serviços hoje existentes – e sua adequação, seu impacto frente às necessidades de saúde; as possibilidades de qualificação do trabalho profissional nas diferentes formas de inserção na atenção básica.

É a partir deste debate mais amplo – a configuração da rede básica nos sistemas locais e o desafio da saúde qualificação - que o tema candente da inserção do assistente social nas equipes mínimas de ESF ganha densidade política, pois se articula ao processo de disputa por arranjos desta que qualifiquem a atenção em saúde. A inserção da profissão na ESF é uma possibilidade neste sentido, porém um desdobramento do debate da profissão sobre este âmbito do SUS.

Desta forma, a conquista e a ampliação de espaços sócio-ocupacionais passam pelo esforço da profissão em dar visibilidade e acumular “massa crítica” sobre esses mesmo espaços. Como sinaliza Netto (1996), as possibilidades concretas de ampliação e enriquecimento dos espaços profissionais estão diretamente associadas com a capacidade de anteciparmos e analisarmos teoricamente as tendências sociais que ultrapassem somente as requisições imediatas do mercado de trabalho.

É justamente nesse contexto de transição e mudança na atenção básica e de diferentes inserções profissionais nesta área que a integralidade em saúde se coloca como premissa fundamental, indagadora da reorientação do modelo assistencial. Portanto, essa diretriz nos auxilia na construção de uma inserção crítica e qualificada do trabalho do assistente social na saúde, sintonizada com os desafios de materialização do SUS (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Como ponto de partida, reiteramos que a integralidade pode ser apreendida como o direcionamento do sistema de saúde, em sua totalidade, para o atendimento qualificado e ampliado das distintas necessidades de saúde, de modo a efetivar o

conceito ampliado no cotidiano do SUS. Os assistentes sociais têm um papel fundamental na construção dessa diretriz do SUS, tendo em vista ser esta como um

“(...) princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte do contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006b, p.278).

Essa abordagem instiga a realização de ações profissionais sintonizadas com a busca da integralidade em diferentes planos, como já apontamos anteriormente: no âmbito das práticas em saúde, da organização dos serviços e na organização das políticas setoriais (MATTOS, 2006). Estes planos, além de se traduzirem em eixos sobre os quais incidem as ações profissionais, se convertem, sob o ponto de vista da formação em Residência, em aspectos que devem perpassar os processos de ensino, sejam estes no âmbito do ensino, como também nos espaços com ênfase teórica.

O primeiro pressuposto é superarmos uma perspectiva segmentadora da realidade e da própria política de saúde, apreendendo o contexto que conforma esta política e as possibilidades que se colocam para a afirmação do direito à saúde, processo que se relaciona diretamente com a dimensão ampliada da integralidade (CECÍLIO, 2006a), juntamente com a constituição de políticas planejadas e implantadas com foco nesta diretriz (MATTOS, 2006).

Este se constitui num terreno fértil para a atuação do assistente social. Através dos aportes do projeto profissional, ressaltam-se a formulação e a elaboração de políticas como uma das competências profissionais, ancorada na perspectiva de apreensão das necessidades de saúde como necessidades humanas (PEREIRA, 2007), interligadas à garantia de direitos e acesso a políticas públicas na esfera da proteção social. Isto se traduz na construção de interfaces entre as políticas públicas como uma contribuição fundamental da profissão no campo da integralidade, afirmando as possibilidades de potencialização da Seguridade Social como um conjunto articulado de políticas e serviços pautados na universalidade.

Para tanto, é fundamental o enfoque para a esfera da gestão da política de saúde e para a atuação nas instâncias que a compõem, tais como Conselhos e Conferências. O controle social representa não só o desafio de aprofundamento da gestão democrática da política de saúde, mas também um campo de possibilidades

de disputa da organização do sistema através de um modelo assistencial integral. Do ponto de vista do ensino na Residência, trata-se de construirmos experiências formativas dos assistentes sociais, pautadas na gestão e no planejamento da atenção básica, que tomem como eixos a participação, a sistematização de demandas da população e a construção de interfaces entre serviços de diferentes políticas.

Além disso, a integralidade no âmbito da organização dos serviços e processos de trabalho desafia-nos a superar a lógica privatista hegemônica que orienta o trabalho em saúde. Esse desafio deve, sem dúvida, permear o processo de ensino-aprendizagem dos assistentes sociais nas Residências, o qual necessita ser articulado com o debate e o estudo sobre modelos assistenciais.

Assim, contribuir para essa superação passa pela construção de novos arranjos nos serviços, que consolidem lógicas democráticas na gestão do trabalho, no relacionamento entre os trabalhadores e destes com os usuários. Desta forma, esse processo está relacionado com a qualificação da atenção em saúde, com o fortalecimento da interdisciplinaridade nas suas práticas e do trabalho coletivo realizado diretamente em equipes multiprofissionais.

Cabe destacarmos que a inserção do trabalho do assistente social nessas equipes não descaracteriza ou dilui a identidade e a intencionalidade ético-política de sua ação profissional. Ao contrário, exige clareza e entendimento do objeto sobre o qual incide seu trabalho, aportando, assim, contribuições do campo de saberes teórico-práticos e competências relativas ao seu exercício profissional no processo de construção de práticas interdisciplinares.

Neste ponto, reside um dos desafios de articulação do trabalho do assistente social com a diretriz da integralidade, valorizando a particularidade deste trabalho, sua natureza qualitativa e valor-de-uso. Este aspecto deve ter especial destaque na formação em Residência, tendo como espaço de ensino privilegiado os momentos “núcleo”, seja na preceptoria realizada no serviço, que problematize as ações profissionais, bem como nos espaços com ênfase teórica, que agreguem os assistentes sociais.

O debate sobre a particularidade do trabalho do assistente social no contexto da equipe multiprofissional e das práticas interdisciplinares na saúde remete à discussão sobre as atribuições e competências profissionais, com base na Lei de

Regulamentação da Profissão, bem como ao entendimento de matéria profissional a partir da questão social (IAMAMOTO, 2002).

A primeira baliza para a abordagem da particularidade profissional consiste numa compreensão articulada dos três documentos legais que dão concretude ao projeto profissional hegemônico. Enquanto a lei de regulamentação profissional define as competências e atribuições do trabalho do assistente social, são as diretrizes da ABEPSS que fornecem as bases para a formação de um profissional com perfil crítico e propositivo para movimentar estas competências, ao passo que o Código de Ética imprime a direção social ao trabalho.

Entendemos que as competências profissionais abarcam as atribuições privativas, demarcando o âmbito de atuação do Serviço Social, sinalizando para o campo de saberes particulares dessa profissão. Do texto legal (BRASIL, 1993), destacamos que as competências abrangem o campo da gestão, as ações assistenciais junto à população, bem como a assessoria e a pesquisa. Além disso, há um direcionamento do texto legal para articular o âmbito de atuação com a direção social dessas competências, como podemos observar a seguir:

(...) II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social *com participação da sociedade civil*; (...) 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; (...) VII - planejar, executar e avaliar pesquisas *que possam contribuir para a análise da realidade social* e para subsidiar ações profissionais; (...) 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. (BRASIL, 1993).

Contudo, as competências profissionais ganham concretude quando traduzidas em ações profissionais que efetivem respostas à questão social, sendo esse o polo central e transversal à formação profissional (ABEPSS, 1996). Para tanto, essa formação volta-se para a construção de um perfil profissional generalista que apreenda criticamente e de forma totalizante os processos sociais, que analise criticamente o movimento histórico da sociedade brasileira, identificando e formulando respostas profissionais para as demandas emergentes da questão social, dirigidas a diferentes espaços sócio-ocupacionais (ABEPSS, 1996).



Esse enfoque da particularidade profissional articula-se com a tese sobre os fundamentos do Serviço Social que o apreende como uma especialização do trabalho, enfatizando seu caráter contraditório na trama das relações entre as classes sociais, o qual tem, na questão social, a sua base de fundação sócio-histórica e matéria-prima de atuação (IAMAMOTO, 2008). Para esta autora, a centralidade da contradição implica também reafirmar o enfoque para as dimensões concreta e abstrata deste trabalho, para as condições e relações em que este se realiza.

Assim, enquanto a direção social do projeto profissional, a configuração da formação graduada nessa área e as competências e atribuições legais para o exercício profissional delineiam a natureza qualitativa particular desse trabalho, é através da mediação do mercado de trabalho, das características e da forma como se insere nos processos de trabalho e das necessidades e demandas sociais dirigidas aos espaços sócio-ocupacionais que essa particularidade se materializa. Nesta trilha, podemos definir que a particularidade profissional, sendo social e historicamente determinada, é movimentada por mediações que conformam as dimensões concretas e abstratas desse trabalho.

No que tange à particularidade do trabalho do assistente social na equipe multiprofissional de saúde, esta tem, na configuração dos processos de trabalho, um importante aspecto que a delinea. Quanto mais ampliadas as interfaces entre os núcleos profissionais, as interfaces destes com o campo da Saúde Coletiva, quanto maior o enfoque para os determinantes sociais do processo saúde-doença, acreditamos que maior dinamicidade adquire a particularidade profissional. Como nos aponta Iamamoto

“(...) a equipe condensa uma unidade de diversidades. Nesse contexto, 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 (2002, p.41)

Tais ângulos e competência estão diretamente relacionados com a análise e a apreensão das expressões da Questão Social no cotidiano de vida dos sujeitos, identificando suas interfaces e refrações no âmbito do processo saúde/doença vivenciado pela população usuária dos serviços de saúde. Tal apreensão é que

permite visualizar as possibilidades que se colocam para a afirmação do acesso à saúde como um direito social, ou seja, a questão social expressa no processo saúde/doença e traduzida em necessidades de saúde, entendidas como circunscritas ao campo de satisfação de necessidades humanas (PEREIRA, 2007).

Essa perspectiva de trabalho - que busca empreender respostas às múltiplas refrações da questão social no processo saúde/doença - resulta em contribuições para a integralidade do cotidiano das práticas de saúde, na medida em que se relaciona com o conceito ampliado de saúde, pois busca apreender, de forma totalizante, as necessidades de saúde dos sujeitos.

Ressaltamos a importância da construção do trabalho do assistente social no sentido de efetivar abordagens sócioeducativas junto a indivíduos, famílias e grupos, que superem intervenções pontuais centradas apenas em demandas emergentes dirigidas pela população ou equipe multiprofissional, para o seu trabalho, para a efetivação de ações integradas, seja com a equipe, com demais serviços e/ou políticas.

Nessa linha, devemos considerar também a importância da pesquisa no âmbito do trabalho e da formação dos assistentes na Residência como forma de análise e apreensão crítica da realidade, de sistematização de dados sobre a população, sobre as necessidades de saúde e as demandas dirigidas aos serviços. Ou seja, pesquisas que venham a subsidiar processos de planejamento, que ampliem o horizonte de intervenção deste trabalho e das ações realizadas pelas equipes de saúde. Para tanto, é necessário identificarmos o caráter coletivo das demandas dirigidas ou expressas de forma individual, publicizarmos as demandas reprimidas, procurando dar visibilidade a estas frente aos serviços e políticas, assim como desenvolver ações que atinjam as demandas implícitas, tais como as relacionadas à promoção e prevenção em saúde, à ampliação da participação e do controle social (VASCONCELOS, 2006).

Nessa perspectiva, é fundamental superarmos um trabalho burocratizado, dissociado do movimento da realidade social, para assim desenvolvermos ações que resultem em processos educativos e reflexivos junto à população usuária, que impactem na autonomia e na cidadania dos sujeitos.

Além disso, a ênfase do debate atual da atenção básica aponta para a atuação com foco nos seguintes aspectos, com os quais o trabalho e a formação do

assistente social devem estar sintonizados, podendo aportar contribuições significativas.

Um dos primeiros aspectos a serem enfatizados é a centralidade do território, apreendido não somente como delimitação de abrangência e intervenção do serviço de atenção básica, mas como palco de relações, espaço de pertencimento social, locus de expressão da cultura, da condição e do modo de vida da população. O desafio é consolidar uma inserção proativa nesses territórios, que possibilite identificar e trabalhar com a diretriz da equidade, com as necessidades de saúde de grupos populacionais, juntamente com o enfoque para microáreas. A ênfase para o território também se desdobra na articulação com organizações da comunidade, na identificação de recursos e serviços, fortalecendo interfaces e parcerias conjuntas.

Outro ponto é a ampliação da acessibilidade do serviço como desafio permanente do trabalho que se pauta pela universalidade do direito. Implica, assim, a organização do processo de trabalho da equipe e da dinâmica do serviço, tendo em vista a realidade da população/território. Como já referimos, a participação ativa na implantação de acolhimento, englobando a escuta, identificação de necessidades e inserção nos atendimentos ofertados pelo serviço, ou da rede, é uma estratégia importante. O acolhimento também está associado à mudança da organização da atenção em saúde centrada somente na demanda espontânea (Pronto Atendimento), ampliando o acesso e também qualificando a atenção.

Nesta linha, também se coloca como estratégico afirmar a atenção em saúde longitudinal, voltada para o grupo familiar. Esta atenção necessita da construção de estratégias que favoreçam o acompanhamento continuado da família e a superação do atendimento pontual de agravos em saúde e de grupos populacionais/recortes geracionais. Uma possibilidade para fortalecer esse processo é a definição de profissionais de referência para famílias por microáreas do território.

Outro eixo de atuação consiste no enfoque para a promoção em saúde. A perspectiva da promoção parte de uma concepção ampla da saúde de seus determinantes, juntamente com a crítica da medicalização da sociedade e da saúde. Busca a articulação entre diferentes saberes, constituindo-se em "(...) um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado" (BUSS, 2003, p. 15). As ações pautadas na promoção abrangem práticas educativas e grupais, tendo

como eixos a ênfase para a informação e ampliação da autonomia, o fortalecimento da participação comunitária, explorando parcerias com serviços das demais políticas presentes no território.

Os programas da atenção básica também podem ser alvo de intervenção do assistente social, tendo em vista qualificar e ampliar as ações relativas à saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, pré-natal, planejamento familiar, entre outros. Estes programas, ao combinarem tecnologia e ações de enfoque clínico-epidemiológico, têm alcançado avanços e impactos na melhoria dos indicadores, porém, frequentemente, organizam-se a partir de especialidades médicas e da atuação fragmentada dos trabalhadores (CAMPOS, 2003). Uma possibilidade para superar essa realidade é a inclusão de abordagens educativas, grupais, articuladas com esses programas, juntamente com a criação de “protocolos” que favoreçam o enfoque interdisciplinar, bem como a atenção voltada para a família.

Os aspectos abordados anteriormente se articulam com o modelo assistencial Vigilância da Saúde, pois levam em consideração a centralidade do território, o enfoque para a promoção da saúde e seus determinantes sociais, sendo uma perspectiva que auxilia na operacionalização do trabalho do assistente social. Para tanto, é fundamental aprofundar competências relativas à utilização de dados sócio-epidemiológicos em articulação com indicadores sociais, de forma a subsidiar o planejamento e a avaliação das ações de saúde.

Como último ponto, mas transversal ao exercício profissional, destacamos o controle social em saúde. O desenvolvimento permanente de ações que fortaleçam a participação e mobilização dos usuários deve compor as estratégias de trabalho do assistente social, juntamente com o estímulo à criação de conselhos locais de saúde e à participação/articulação sistemática destes com os conselhos distritais. Além disso, a leitura crítica sobre esta diretriz do SUS implica perceber que o controle social não se esgota nos espaços formais já instituídos. Apesar de ser fundamental o fortalecimento destes espaços, esse processo deve estar articulado com a construção de estratégias coletivas de organização da população e de movimentos sociais que potencializem a luta pela defesa da saúde e do controle público na formulação e execução de políticas.

Diante do exposto até então, consideramos que as possibilidades de inserção dos assistentes sociais na atenção básica necessitam ser elucidadas, exploradas frente ao contexto de mudança por que passa esse nível de atenção. Possibilidades a serem construídas a partir da mobilização do arsenal teórico-metodológico e técnico-operativo dessa profissão, orientadas pela intencionalidade ético-política do projeto profissional, tendo em vista a construção de um trabalho crítico e criativo na permanente interface com os demais profissionais inseridos nas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Além disso, cabe ressaltarmos que, apesar de a área da saúde constituir-se num dos maiores espaços sócio-ocupacionais para os assistentes sociais, há uma vinculação histórica destes profissionais com as práticas “curativas” e “clínicas” desenvolvidas diretamente no âmbito hospitalar (BRAVO; MATTOS, 2006), sendo incipiente a discussão da atenção básica e, em especial, no trabalho realizado diretamente nela. Assim, é fundamental darmos visibilidade para a atuação deste profissional na atenção básica, tendo em vista produzirmos acúmulo sobre as possibilidades de ações profissionais que contribuam para a qualificação da atenção e da integralidade em saúde.

Desta forma, sistematizamos o quadro que segue, o qual apresenta uma síntese final que engloba a discussão travada até então, articulando as diretrizes de formação da RMS problematizadas no capítulo anterior, de forma particularizada com o trabalho/formação dos assistentes sociais.

Trata-se da elaboração de eixos norteadores, conteúdos mínimos que podem nortear o processo de ensino-aprendizagem, organizados em torno de três âmbitos formativos: 1) o ensino em serviço, ou seja, a formação nos cenários de prática onde é desenvolvida a RMS; 2) as aulas/espacos de reflexão teórica desenvolvidos com o grupo de assistentes sociais; 3) a pesquisa, sistematização de saberes e práticas, ou seja, o adensamento de conhecimentos e dados que subsidiem os dois primeiros âmbitos da formação (ensino em serviço e reflexão teórica).

**Quadro 2: Eixos norteadores para a formação do assistentes sociais nas Residências Multiprofissionais em Saúde**

FORMAÇÃO DA RMS			SISTEMATIZAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS
Concepção ampliada de saúde	Qualificação do processo de apreensão e enfrentamento das refrações da questão social no âmbito do processo saúde-doença de indivíduos, famílias e comunidades.	Estudo da determinação social do processo saúde-doença (individual e coletivo) e suas interfaces com o processo de produção/reprodução da vida social.	Sistematização de necessidades e demandas de saúde que dão visibilidade às refrações da questão social; conhecimento do modo e da condição de vida da população usuária e das formas de enfrentamento por ela empreendidas (resistências sociais).
Integração de saberes e práticas, construção de competências compartilhadas na formação em equipe	Construção conjunta de projetos terapêuticos (indivíduos e famílias), realização de atendimentos e acompanhamentos através de interconsultas, planejamento e execução de abordagens grupais sócioeducativas, supervisão e matriciamento.	Discussão da inserção do Serviço Social nos processos de trabalho/ações da equipe e das particularidades que assume esse trabalho. Estudo de temáticas articuladas com o ensino do campo (Saúde Coletiva), identificando e aprofundando os aportes da área de Serviço Social para elas.	Mapeamento do trabalho do assistente social na equipe e planejamento de ações conjuntas, interdisciplinares (ações nos programas, “protocolos” no serviço). Construção de fluxogramas analisadores (das demandas e necessidades, dos saberes e competências compartilhados).
Protagonismo no processo de ensino-aprendizagem-trabalho	Construção e implementação de propostas de novas práticas nos serviços e de qualificação das práticas já existentes.	Construção conjunta dos planos de ensino e de sua execução, metodologias ativas (situações-“problema”, seminários teórico-práticos).	Produção teórica e pesquisas dos residentes, proposição de estratégias de qualificação do serviço e da formação.
Itinerário de formação em linhas de cuidado possibilitando formação integral e interdisciplinar	Organização dos estágios especializados a partir das necessidades sociais em saúde da população, contemplando ações em equipe e a experimentação de circuitos/linhas de cuidado.	Discussão das particularidades da atuação da profissão em cada serviço, das competências e saberes necessários frente às necessidades sociais de saúde e às linhas de cuidado correspondentes (ex: saúde da criança, saúde mental...).	Pesquisa sobre interfaces assistenciais entre os serviços, sistematização e proposições sobre a atuação do Serviço Social em linhas de cuidado e da efetividade destas.
Integração ensino-serviço-comunidade e articulação ensino, serviço e gestão	As experiências formativas vivenciadas no serviço/trabalho devem ser respaldadas e qualificadas pelos espaços de reflexão teórica. O ensino deve ser transversal ao serviço. O	As discussões e estudos devem contemplar a realidade do serviço (do trabalho profissional nele desenvolvido e da comunidade ou população atendida) e da gestão do sistema.	Sistematização de temáticas que emergem do serviço (trabalho profissional) e que podem ser discutidas e estudadas no espaço de reflexão teórica. Sistematização de propostas

	<p>Serviço Social, em especial, pode contribuir na articulação com a comunidade e a população usuária, mobilizando a vocalização de suas demandas e a incorporação destas no ensino, no serviço e na gestão.</p>		<p>direcionadas para a gestão dos serviços e sistemas, a partir das experiências do serviço, do ensino e das demandas da comunidade/população.</p>
<p>Integralidade que contemple todos os níveis da atenção à gestão</p>	<p>Ações que contribuam para o acesso e atendimento integral das necessidades sociais em saúde na rede SUS e demais políticas públicas (intersetorialidade). Ações no âmbito da gestão do serviço e estágios especializados em gestão relativos à ênfase do programa de RMS.</p>	<p>Discussão e estudo sobre modelos de atenção e gestão, sobre as interfaces entre os serviços de saúde e demais políticas públicas que garantam a integralidade.</p>	<p>Sistematização de necessidades sociais da população e estratégias intra-setoriais e intersetoriais para seu atendimento.</p>
<p>Monitoramento da RMS, avaliação dialógica</p>	<p>Indicadores de avaliação da formação em serviço, utilizados para momentos avaliativos periódicos e integrados com as demais áreas, envolvendo a população usuária.</p>	<p>Discussão coletiva do processo de ensino no serviço e nos espaços de reflexão teórica, avaliando limites e possibilidades, bem como propondo estratégias de qualificação (periodicidade mínima: semestral).</p>	<p>Sistematizar indicadores de avaliação da formação dos residentes de Serviço Social. Pesquisas sobre o impacto da formação no SUS e na categoria de assistentes sociais.</p>
<p>Integração com a graduação e a pós-graduação</p>	<p>Manutenção de campo de estágio, participação em pesquisas voltadas para o serviço, para o SUS e o trabalho profissional.</p>	<p>Articulação com discentes e docentes das faculdades em áreas temáticas, debates de estudos e pesquisas em andamento, realização de seminários integrados.</p>	<p>Articulação com núcleos de pesquisa (participação em linhas de pesquisa).</p>
<p>Cenários representativos da realidade sócio-epidemiológica / necessidades loco-regionais</p>	<p>Realização de ações, no âmbito da atenção e da gestão do serviço, voltadas para a apreensão e atendimentos às necessidades locais/regionais. Apreender as expressões da realidade sócio-epidemiológica brasileira no âmbito local/regional.</p>	<p>Discussão e estudo da realidade sócio-epidemiológica local e da população atendida, com ênfase para os aspectos sociais implicados no processo saúde-doença, tendo em vista o planejamento de ações.</p>	<p>Sistematização de dados sobre a realidade sócio-epidemiológica local, em articulação com dados/perfil da população usuária. Sistematização de dados que dêem visibilidade sobre os aspectos sociais implicados no processo saúde-doença.</p>

Fonte: Sistematização da autora

#### 4. CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

“Sejamos resolutamente modernos.  
Se o real está em movimento, então que nosso pensamento  
também se ponha em movimento e seja pensamento  
desse movimento. Se o real é contraditório, então que  
o pensamento seja pensamento consciente da contradição”  
(LEFEBVRE, 1991, p. 174)

A abordagem metodológica no âmbito do presente estudo buscou empreender o desafio de aproximar-se do real, buscando apreender sua riqueza, multiplicidade e movimento, situando o tema que foi objeto de investigação em seu dinamismo e conexões com os processos que o conformam. Para tal, buscamos lançar mão de nossa criatividade e inventividade que, aliadas ao rigor metodológico, visaram dar visibilidade aos caminhos teóricos percorridos na abordagem da temática, certos de possíveis equívocos e revisões necessárias, mas também na expectativa de podermos contribuir com achados e acertos.

Pretendemos, portanto, aliar a consciência da contradição, a implicação e a experiência vivida acerca da temática - indissociável das opções teóricas, éticas e políticas assumidas pelo pesquisador - para a construção metodológica do processo investigativo. Trata-se, assim, de uma abordagem orientada pela teoria social crítica, indissociável, portanto, do legado e das lutas da modernidade.

Sermos resolutamente modernos, como demarca Lefebvre, implica a valorização de aspectos centrais desse legado, dentre os quais se destacam (COUTINHO, 2008): a vigência de um processo dinâmico marcado pela busca do aprofundamento e universalização da cidadania, da democratização das relações sociais; o antagonismo entre a universalização da cidadania e o modo de produção capitalista; a busca pela plena emancipação humana, na qual são exploradas as possibilidades abertas pela modernidade, ou seja, a efetiva universalização da cidadania, impensável sem a construção de uma sociedade radicalmente democrática.

Portanto, essa emancipação não se restringe à emancipação política - nos marcos dos direitos civis, políticos e da liberdade burguesa, indissociáveis da propriedade privada – mas sim significa o momento em que, enquanto “(...) homem individual, na sua vida empírica, no trabalho e nas suas relações individuais, se tiver



tornado um *ser genérico*, e quando tiver reconhecido e organizado as suas próprias forças como forças sociais” (MARX, 2006a, p. 37).

As lutas por emancipação e liberdade, as contradições e permanentes transformações que marcam a modernidade e, portanto, a época burguesa, podem ser sintetizadas na análise de Marx (1998, p.11):

“A burguesia não pode existir sem revolucionar constantemente os instrumentos de produção; portanto, as relações de produção e, por conseguinte, todas as relações sociais. (...) A transformação contínua da produção, o abalo incessante de todo o sistema social, a insegurança e o movimento permanentes distinguem a época burguesa de todas as demais. As relações rígidas e enferrujadas, com suas representações e concepções tradicionais, são dissolvidas, e as mais recentes tornam-se antiquadas antes que se consolidem. Tudo o que era sólido se desmancha no ar, tudo que está sagrado é profanado (...).”

O processo revolucionário, incontestável, que a ascensão da burguesia, o declínio do feudalismo e a consolidação do modo de produção capitalista instauram - marcado pela constante transformação das forças produtivas - demonstra a contraditória vigência entre uma ordem societária em permanente transformação, que comporta possibilidades de emancipação humana, “de ultrapassagem do reino da necessidade para o reino da liberdade”. Contudo, possibilidades apropriadas privadamente, processo em que a crescente produção de riqueza pelo trabalho social convive com desigualdades de toda ordem, com a negação da satisfação de necessidades humanas elementares.

A análise criteriosa das transformações ocorridas em seu tempo histórico - entre elas a emergência do proletariado na cena política, a constituição do Estado moderno e burguês - a crítica dos pensadores econômicos, tais como Smith e Ricardo, o estudo das tendências teórico-filosóficas materialistas e dialéticas, entre eles, Feuerbach e Hegel - possibilitou que Marx, em sua permanente interlocução com Engels, construísse uma metanarrativa/metateoria do modo de produção capitalista que desvendasse suas contradições, sua dinâmica de funcionamento. Com essa construção, pôde alimentar, com fecundas contribuições, o pensamento social crítico, ou seja, aquele pensamento atento às possibilidades de efetivação da emancipação humana. Além disso, a busca por estas possibilidades é um dos aspectos centrais à modernidade e ao projeto Iluminista (HARVEY, 2008). Neste

horizonte, Marx, ao operar a crítica da dialética idealista e superá-la, elabora, de forma inédita, um método vigoroso de análise do real, qual seja: o método dialético-crítico ou materialista histórico.

Constata-se, assim, que, apesar da importância do legado da modernidade e da teoria social crítica de orientação marxista para o conjunto das ciências humanas e demais áreas que produzem conhecimentos, tais como as ciências sociais aplicadas, verifica-se, a partir das décadas de 1960 e 1970, a construção de críticas à modernidade e ao próprio marxismo, sob o prisma do termo pós-modernidade, em um contexto de transformações no padrão de acumulação capitalista, ou seja, de transição do modelo fordista-taylorista para um padrão de acumulação flexível (HARVEY, 2008). Embora tais críticas assumam evidência nesse contexto, o pensamento pós-moderno é engendrado em um momento particular no qual se vivenciou uma convicção na condição de normalidade e continuidade de uma dada fase de prosperidade capitalista, tratando-se, assim, do “produto de uma consciência formada na chamada idade áurea do capitalismo” (WOOD, 1999, p. 9).

O pós-modernismo passa a ter repercussões nos campos da filosofia, da arte e também da política, e tem como marcas (HARVEY, 2008): a ênfase para o fragmento e para a indeterminação, bem como uma intensa desconfiança dos discursos universais ou “totalizantes”; a reação ao humanismo e ao legado do Iluminismo, acompanhada da aversão aos projetos que buscam a emancipação humana através da tecnologia, da ciência e da razão; a aceitação da efemeridade, da descontinuidade e do caótico; o ataque e a rejeição às metalinguagens, metanarrativas ou metateorias, através das quais os fenômenos/aspectos da realidade possam ser conectados e representados; a rejeição de uma visão unificada do mundo pelo pós-modernismo, que abandona a possibilidade de engajamento em um projeto global de mudança - a ação só pode ser concebida em termos de algum determinismo local; a ênfase na estética em detrimento da ética; e, por fim, o abandono do sentido de continuidade e da memória histórica, da sustentação de valores e crenças.

Cabe, ainda, ressaltarmos o enfoque reducionista de tais orientações na produção de conhecimentos na área humano-social. Acreditamos que essas características do pensamento pós-moderno podem impulsionar tendências

neoconservadoras, assim como distanciar a produção de conhecimentos da busca de respostas às problemáticas concretas da contemporaneidade, tendo em vista o enfoque do fragmentário, a negação da história e da totalidade social, e mesmo a recusa de análises abrangentes dos processos sociais atuais. Assim, há de se confrontar, e mesmo indagar sobre o papel e a finalidade da produção de conhecimentos, indagação direcionada à busca por concepções teórico-metodológicas que possam oferecer alternativas de análise frente a

“(...) um momento histórico que, mais que qualquer outro, requer um projeto universalista (...), momento dominado pelo capitalismo, o sistema mais universal que o mundo já conheceu (...). E entender esse sistema ‘totalizante’ requer exatamente o tipo de ‘conhecimento totalizante que o marxismo oferece e os pós-modernistas rejeitam” (WOOD, 1999, p. 19).

Nesse horizonte, a crítica ao legado da teoria marxiana e marxista, alimentada pela pós-modernidade, aglutina-se em torno da rejeição de quaisquer tipos de explicações causais, apontando esta teoria como uma redução da complexidade das experiências humanas a uma visão monolítica, devido à ênfase no “modo de produção” como determinante, em detrimento da “construção discursiva” da realidade (WOOD, 1999, p.13). Constituem-se como críticas fundamentadas frequentemente em uma leitura estruturalista e economicista do marxismo, que não primam pela análise das formulações originais desse pensador, que não apreendem a dinamicidade da análise marxiana, caracterizada por conceitos relacionais, que adquirem inteligibilidade como um todo articulado.

A opção metodológica no campo da pesquisa na área humano-social remete diretamente ao campo da intencionalidade ético-política do pesquisador diante da investigação de dada realidade/objeto de estudo: a escolha do método de pesquisa exprime uma necessária valoração dos processos sociais, assume uma dada forma de leitura e análise da realidade. Por esta razão, optamos pela utilização do método materialista dialético e histórico, o qual se constitui num método abrangente, que prima pela apreensão de múltiplos aspectos na abordagem dos fenômenos, que supera a fragmentação e a perda de profundidade tão recorrentes na contemporaneidade, possibilitando a interconexão entre pensamento e ação, teoria e prática, sujeito e estrutura, objetividade e subjetividade, quantidade e qualidade. Desta forma, passaremos à abordagem de aspectos centrais do método em tela.

O primeiro aspecto envolve a centralidade da realidade como ponto de partida da análise dialética, ou seja, a análise volta-se para “o tempo presente e homem presente”<sup>59</sup>, ou seja, busca decifrá-los em sua conexão com a dinâmica sócio-histórica e político-econômica de dado contexto. Portanto, o pensamento dialético marxista “mergulha na realidade da história, da vida, enfim, da natureza. Qualquer contradição pensada ou tomada conscientemente exprime e reflete contradições reais” (LEFEBVRE, 1981 p. 15), demarcando-se a contradição, no âmbito do pensamento, como categoria emergente do próprio real. Desta forma, o método dialético-crítico supera a dialética idealista, em verdade, estabelece uma inversão na lógica dialética hegeliana. Enquanto, para Hegel, o processo do pensamento - ou a idéia - é autonomizada da realidade concreta, sendo esta a própria criadora do real, para Marx, o ideal nada mais é do que a interpretação do real, a matéria transposta ao pensamento humano (MARX, 1989).

Desta forma, esse método, por partir da realidade concreta, abrange a relação indissociável entre pensamento e base material, entre a ação humana e as determinações que a condicionam, pois

“na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem forças sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (MARX, 2007, p. 45).

A ênfase na base material nas relações de produção, é importante destacarmos, *não se restringe à reprodução restritamente física dos indivíduos*, sob pena de recairmos em uma perspectiva economista, erroneamente atribuída ao pensamento marxiano. As relações de produção englobam o conjunto de relações sociais, ou seja, “um modo determinado da atividade desses indivíduos, uma maneira determinada de manifestar sua vida, um *modo de vida* determinado” (MARX; ENGELS, 1998, p. 11), que inclui a cultura, os valores, as práticas sociais, jurídicas, entre outras, como diferentes aspectos inter-relacionados da totalidade de dada formação sócio-histórica ou modo de produção.

---

<sup>59</sup> Trecho do poema de Carlos Drummond de Andrade “Mãos Dadas”.

Nessa linha, um aspecto fundamental ao método é a ênfase nas ‘determinações históricas, no processo de construção histórica, inegavelmente movimentada pelas contradições entre as classes sociais, que engendram as transformações societárias. Tais contradições, expressas em lutas, com desdobramentos nos diferentes planos da totalidade social e consubstanciadas nas tramas de poder do Estado, constituem-se em eixo da análise marxiana, considerando-se que

“(...) a lei segundo a qual todas as lutas históricas, quer se processem no domínio político, religioso, filosófico, quer em qualquer outro campo ideológico, são, na realidade, apenas a expressão mais ou menos clara de lutas entre classes sociais, e que a existência e, portanto, também os conflitos entre essas classes são, por seu turno, condicionados pelo grau de desenvolvimento de sua situação econômica, pelo seu modo de produção (...)” (ENGELS, 2008, p. 18)

Dadas essas considerações, que demonstram a centralidade da análise da realidade em suas contradições e, portanto, das possibilidades latentes de mudança e intervenção, denota-se que a relação entre teoria e prática é essencial a esse método, pois a lógica dialética visa a

“superar os limites do realizado, na esperança ou na expectativa de um futuro outro que não o presente. Quando ela se perde no ideal abstrato, recorda-lhe que a idéia e o ideal saem do real e devem a ele retornar através da realização prática” (LEFEBVRE, 1991, p. 210).

Nessa perspectiva, a pesquisa realizada sob a perspectiva dialético-crítica volta-se necessariamente para a transformação da realidade porque tem, na prática, os critérios de verdade e validade do saber, procurando, assim, contribuir para o enfrentamento de problemáticas concretas, pois “é na práxis que o homem precisa provar a verdade, isto é, a realidade e a força, a terrenalidade do seu pensamento” (MARX, 1998, p. 100). No que se refere à apreensão dos significados atribuídos ao real pelos sujeitos, o método dialético-crítico os considera como parte integrante de uma realidade histórica e contraditória. Mais do que somente identificar concepções e representações dos sujeitos sobre o real, esse método e “sua teoria dá uma regra prática: sob o que dizem as pessoas e sob o que pensam de si mesmas, descobrir o que são analisando o que elas fazem” (LEFEBVRE, 1981 p. 65). Destaca-se, assim, a profunda vinculação do pensamento com o real, enfocando a prática como momento em que os sujeitos se revelam, se expressam. Isso implica, no processo de pesquisa, empreender a análise das representações sociais dos sujeitos sempre

em conexão com os elementos concretos da realidade, sob pena de não recairmos em mistificações e interpretações idealizadas, pois

“Do mesmo modo que não se julga o indivíduo pela idéia que de si mesmo faz, tampouco se pode julgar uma tal época de transformações pela consciência que ela tem de si mesma. É preciso, ao contrário, explicar essa consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção” (MARX, 2007, p. 46).

Nesse horizonte, destacam-se como exigências internas ao pensamento dialético (LEFEBVRE, 1991): ser esta ligação de termos, abordagem do real e das relações, ou seja, primar pela totalidade; incorporar a processualidade e historicidade do real, constituindo-se como “movimento de pensamento ao mesmo tempo que pensamento do movimento” (p. 178); desenvolver-se por meio das contradições; e incorporar o novo, que, situado no movimento, permite avançar para novas abordagens. Assim, o próprio conhecer significa “um processo de conhecimento por abstrações, conceitos, leis, isto é, por graus sucessivamente conquistados de objetividade, a partir de um começo (prático, histórico, social e lógico)” (LEFEBVRE, 1991, p. 226). Ou seja, apreender e conhecer um fenômeno implica superar o olhar imediato através de mediações e aproximações sistemáticas que possibilitem penetrar na sua essência e concretude.

Nesse contexto, destacam-se as principais categorias do método dialético, as quais se inter-relacionam, adquirem sentido e inteligibilidade se compreendidas de forma articulada. Para tal, pode-se tomar como ponto de partida a contradição que “(...) não é apenas contradição externa (exterioridade dos termos contraditórios), mas unidade das contradições, identidade” (LEFEBVRE, 1991, p. 192). É a contradição que engendra o devir, o permanente vir a ser da realidade, fazendo emergir a categoria historicidade no interior do método, a qual significa a processualidade do real, como algo em processo de autoconstituição, essencialmente em transformação, movimento e, portanto, provisório, porque histórico. Mas para apreender a realidade em sua historicidade é necessário visualizar os múltiplos aspectos que a determinam, a interconexão entre estes, que engendram e conformam os fenômenos.

O método dialético-crítico possibilita a valorização de aspectos singulares sem deslocá-los do contexto mais amplo que os condiciona, pois a abordagem de

um fenômeno e, assim, de um objeto de estudo sob a lógica dialética, implica tanto focar sua particularidade, como situá-lo em um conjunto de relações através de totalizações provisórias (LEFEBVRE, 1991).

Cabe, ainda, destacarmos, das formulações marxianas, o método de investigação ou pesquisa e o método de exposição, como uma importante indicação metodológica para a realização de pesquisas empíricas, orientadas pelo método dialético. O método de investigação, que precede o da exposição, destina-se a “apoderar-se da matéria em seus pormenores, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas” (MARX, 1989, p. 16). E que é senão a matéria do que os fenômenos latentes da realidade, que, dada sua relevância, nos desafiam a serem formulados em objetos de estudo? Denota-se que o ponto de partida da investigação é sempre uma realidade factível que, analisada em profundidade, permite expô-la de forma concreta<sup>60</sup>, porque “síntese de múltiplas determinações” (MARX, 2007, p. 256). Assim, o método de exposição consiste em, após realizada a investigação, “(...) descrever adequadamente o movimento do real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano do ideal, a vida da realidade pesquisada” (MARX, 1989, p. 16).

Diante do exposto até então, denota-se que os aportes do método dialético-crítico e da crítica marxiana à sociedade burguesa são fundamentais, tendo em vista a produção de conhecimentos nas áreas humanas sociais, seja pelo seu caráter abrangente na análise dos fenômenos sociais, situando estes na totalidade sócio-histórica que os conforma, seja pela sua vinculação com a práxis social transformadora, como também pelo humanismo que marca suas formulações pela busca de emancipação humana.

No que tange ao tema de nosso estudo, tornou-se desafiadora a construção da pesquisa empírica e do referencial teórico, pela escassa produção acerca do mesmo, em especial, na área do Serviço Social. Contudo, as características de formação generalista e interdisciplinar dessa área e a orientação dialético-crítica -

---

<sup>60</sup> Assim, cabe ressaltar, dentre o método de investigação e exposição, que “O concreto é concreto, porque é a síntese de múltiplas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso, o concreto aparece no pensamento como o processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação” (MARX, 2007, p. 256-257).

que privilegia, entre outras categorias, a da totalidade, foram aspectos que certamente puderam contribuir para a realização dessa produção.

Tal perspectiva é fundamental diante de um momento histórico marcado por profundas transformações societárias que impactam nos processos de trabalhos e na sociabilidade dos sujeitos, tendo em vista a construção de ações integrais em saúde que rompam com a fragmentação e o reducionismo no atendimento às necessidades sociais. Além disso, para a pesquisa na área do Serviço Social - que tem como um de seus traços particulares a produção de conhecimentos que subsidiem a dimensão interventiva dessa profissão – a orientação crítico-dialética é um aporte fundamental, bem como está diretamente relacionada com a valoração ético-política do projeto profissional do Serviço Social.

Esta valoração compôs o campo de intencionalidades e o referencial teórico-metodológico do presente estudo. Dentre elas, reiteramos: o desocultamento da Questão Social no tempo presente, das desigualdades, resistências e mediações atuais que a conformam na cena contemporânea; o compromisso com a qualificação das políticas públicas, tendo em vista o pleno acesso aos bens e serviços públicos e a garantia a direitos; o rigor ético no relacionamento com os sujeitos, através do respeito e da valorização da singularidade e diversidade de suas experiências sociais, percebendo-os como protagonistas sociais.

A figura a seguir visa a explicitar a construção metodológica do problema e dos objetivos que nortearam a pesquisa empírica, bem como as técnicas e instrumentos utilizados para a coleta de dados:



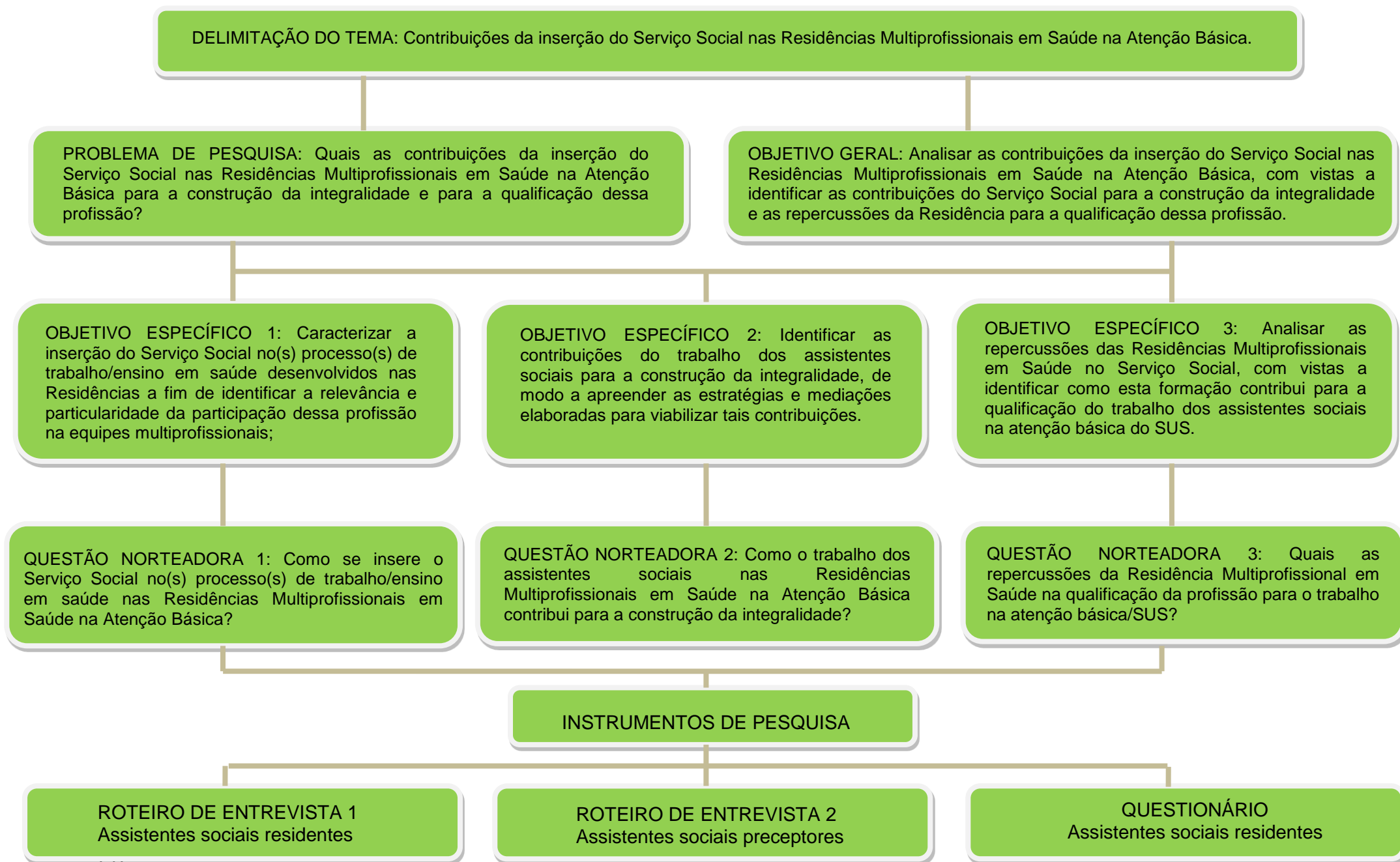


Figura 2: Percurso metodológico da pesquisa. Fonte: Sistematização da autora.

Tendo em vista o tema, o problema e os objetivos que nortearam a realização da pesquisa, adotamos uma abordagem metodológica de caráter quanti-qualitativo ou misto. Compreendemos que há uma necessária complementaridade entre as dimensões quantitativa e qualitativa e que a superação da dissociação entre “quanti/quali” é dada pelo próprio método dialético-crítico, pois, no interior desse método e da própria lógica dialético-concreta, qualidade e quantidade são inseparáveis.

A abordagem dialética de uma realidade, ao penetrar no seu conteúdo, apreende a qualidade, a qual se repete no movimento do pensamento, emergindo a quantidade como uma exigência do próprio conteúdo (LEFEBVRE, 1991). Assim, qualidade e quantidade são indissociáveis, tanto da realidade como do próprio pensamento, pois “tão somente a quantidade permite que nosso mundo qualitativo tenha uma estrutura definida, sem deixar de ser qualitativo” (LEFEBVRE, 1991, p. 210).

Porém, podemos destacar, no interior da abordagem quanti-qualitativa, particularidades no trato da dimensão qualitativa da pesquisa. Tal dimensão auxilia-nos a trabalhar com o real em movimento, tendo como pressupostos (MARTINELLI, 1999): o reconhecimento da singularidade e da experiência social dos sujeitos trabalha com a concepção de sujeito coletivo, e direciona-se na busca de significados atribuídos por estes sujeitos às experiências sociais.

A pesquisa ocorreu junto a dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde situados no município de Porto Alegre, quais sejam: Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, especificamente, a especialização voltada à Atenção Básica em Saúde Coletiva; e a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, especificamente, a especialização em Saúde da Família.

A população/sujeitos do estudo foi composta por assistentes sociais inseridos nas referidas modalidades de Residências Multiprofissionais (residentes e supervisores); assistentes sociais egressos dos programas destas Residências. A seleção foi do tipo não probalística intencional (MARKONI: LAKATOS, 1996), processo em que a escolha de sujeitos visa a dar visibilidade ao objeto de estudo,

não se propondo, assim, a ser representativa do conjunto do segmento pesquisado. Desta forma, a seleção compreendeu especificamente:

- Dois assistentes sociais preceptores de cada programa de Residência, totalizando quatro sujeitos, os quais foram selecionados a partir de sua disponibilidade para participação no estudo.
- Assistentes sociais residentes e assistentes sociais egressos de ambos os programas de Residência das turmas compreendidas entre o ano de 2005 e o ano de 2008. Foi selecionado um assistente social residente que ingressou na formação no ano de 2008, de ambos os programas de Residência, através de apresentação da proposta de pesquisa em reuniões de residentes e preceptores de cada programa. No momento das entrevistas, foi solicitado que o entrevistado indicasse um colega residente da turma do ano anterior para a participação no estudo. Com este procedimento, realizamos quatro entrevistas, com a participação de dois assistentes sociais vinculados a cada um dos programas.
- Visando a atingir maior número de residentes das turmas do período citado, enviamos um questionário por meio eletrônico; e um presencial para os demais assistentes sociais residentes e egressos. A partir desta estratégia de coleta, participaram do estudo quinze sujeitos oriundos dos programas de residência.

Para a coleta de dados, foram utilizadas as seguintes técnicas e instrumentos: entrevista direta junto aos assistentes sociais, roteiro de entrevista semi-estruturado destinado aos residentes, roteiro de entrevista semi-estruturado destinado aos preceptores, questionário voltado para residentes. Estes instrumentos contemplaram aspectos diferenciados no processo de entrevista de cada grupo/segmento de sujeitos e estão disponibilizados como apêndices desta dissertação.

A construção do roteiro de entrevista semi-estruturado, ou tópico guia, contemplou os objetivos da pesquisa. Fundamentado na leitura da literatura sobre o tema de estudo, constituiu-se em um referencial para a discussão que se estabeleceu nas entrevistas e também numa sequência lógica dos temas/aspectos a serem abordados (GASKELL, 2004).

A entrevista semi-estruturada é uma técnica que proporciona ao entrevistado ser um ator no processo, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa, e possibilitou a presença ativa e consciente da pesquisadora. (TRIVIÑOS, 1987). Já o

uso do questionário visou a abranger um número maior de sujeitos no universo da pesquisa. Foi composto predominantemente por questões fechadas, combinadas com algumas questões abertas, a fim de obter um levantamento mais amplo sobre o tema de pesquisa (BARROS; LEHFELD, 2000).

Além disso, os aspectos éticos, fundamentais ao método utilizado e a nossa visão de mundo, também ocuparam lugar central, não apenas para a realização dos cuidados formais exigidos por qualquer processo investigativo na área das ciências humano-sociais. Tal centralidade ocorreu através da valorização dos sujeitos, de suas opiniões e depoimentos, da escolha autônoma em participar do estudo, pela possibilidade de serem estabelecidos processos sociais reflexivos na coleta de dados, juntamente com a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise dos dados teve enfoque quanti-qualitativo. Articulou o tratamento estatístico simples, a representação dos dados através de gráficos e tabelas, juntamente com a técnica da análise de conteúdo para o tratamento dos dados qualitativos. Este processo de análise foi realizado de acordo com Bardin (1977) e consiste em

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1977, p. 42).

A utilização da análise de conteúdo foi fundamental no trato dos dados qualitativos, do rigor metodológico e científico na pesquisa qualitativa, pois visa a “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MYNAIO, 1998, p. 203). Esse processo foi indissociável da abordagem teórica que ilumina o objeto de estudo, o que se efetivou através da construção de categorias de análise e do aporte das principais categorias do método dialético-crítico.

Dentre as possibilidades de enfoques ou cortes da análise de conteúdo, foram adotadas as análises do tipo frequencial e temática. A primeira consiste na análise da frequência com os conteúdos e respostas que se repetem no conjunto dos dados qualitativos, enquanto a segunda atenta para os significados manifestos ou latentes, para os temas significativos em relação aos objetivos de análise do tema de estudo.

Assim, o tema constitui-se numa “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura” (BARDIN, 1977, p. 105). O processo da análise englobou três etapas, quais sejam (BARDIN, 1977): a pré-análise, a exploração do material e a interpretação referencial. A primeira etapa foi composta pela organização e preparação do material a ser analisado, da escolha do corpus da pesquisa, da revisão bibliográfica e da retomada das questões e objetivos da pesquisa que embasarão a interpretação final. Na etapa posterior, depois da organização do corpus, este foi submetido a uma análise aprofundada, orientada pelas questões e objetivos da pesquisa, bem como pelo referencial teórico. A partir dessa análise, realizamos a codificação, a classificação e a categorização do conteúdo, realizando, assim, sua descrição analítica. Na última fase do processo, o material foi analisado em relação ao marco teórico, juntamente com a interpretação dos conteúdos manifestos, dando vazão à construção de inferências.

A definição de categorias visou a delimitar e enfatizar aspectos centrais da abordagem teórica do objeto de estudo, de forma a subsidiar a pesquisa empírica e a posterior análise de dados. Estas, no enfoque marxista, “são construídas através do desenvolvimento do conhecimento e da prática social” (MINAYO, 1998, p. 94) e referem-se, portanto, à realidade concreta, buscando sua apreensão e elucidação. Para o desenvolvimento do estudo, adotamos categorias teóricas ou analíticas, categorias empíricas e categorias do método dialético-crítico.

As categorias analíticas são aquelas que “podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 1998, p. 94), são explicativas da realidade/fenômeno a ser investigado. As categorias centrais que nortearão a abordagem do objeto da presente pesquisa encontram-se sintetizadas a seguir:

- *Residência Multiprofissional em saúde*: Constitui-se numa formação pós-graduada, lato sensu, desenvolvida em serviços do SUS, sob supervisão técnico-profissional. É orientada para a apreensão e atendimento ampliado às necessidades de saúde da população, para qualificação do cuidado em saúde frente aos processos saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Ocorre através da integração do eixos ensino-serviço-comunidade (gestão), do trabalho em equipe

interdisciplinar e da permanente inter-relação entre os núcleos de saberes e práticas, bem como com o campo da Saúde Coletiva. Constitui-se numa estratégia potencializadora da reorientação do modelo assistencial, diretamente relacionada com a Formação Profissional em Saúde e a Educação Permanente em Saúde.

- *Atenção Básica em Saúde:* Conforma-se como um dos âmbitos de atenção do SUS, constituindo-se na via preferencial de acesso à rede de serviços. No contexto do sistema, assume papel de articulador e organizador da rede. Tem como atributos assistenciais (STARFIELD, 2002) o primeiro contato, a acessibilidade, a longitudinalidade, a coordenação e a abrangência do cuidado. Opera tendo o território e a família como foco das práticas. Assume papel estratégico na reorientação do modelo assistencial do SUS, como indutiva de mudanças nas práticas. Para tal, deve situar-se de forma articulada no conjunto do sistema, superando a focalização através de redes de cuidado (acesso universal a todos os níveis do SUS) e de mecanismos de referenciamento responsável e humanizado.

- *Integralidade em Saúde:* Princípio doutrinário do SUS que se assenta no conceito ampliado de saúde. Traduz-se e materializa-se no compromisso crescente do sistema em sua totalidade, com o atendimento abrangente e qualificado das necessidades de saúde da população usuária, transversal e articuladora da prevenção, promoção e recuperação em saúde. Tem como pilares a interdisciplinaridade, a intersetorialidade (CECÍLIO, 2006) e a intrasetorialidade, devendo se materializar no âmbito das políticas, nos serviços e nas práticas do setor saúde (MATTOS, 2006).

- *Trabalho do assistente social na saúde:* Deve ser apreendido tanto na sua dimensão concreta, como na abstrata (IAMAMOTO, 2008), o que implica a análise das condições, relações e processos sociais que medeiam a conformação do trabalho profissional do assistente social na contemporaneidade. Assim, tal trabalho possui particularidades no âmbito do SUS, através da inserção deste nos processos de trabalho de saúde, bem como pela mediação entre princípios do projeto profissional e diretrizes desse sistema, que marcam sua dimensão teleológica. Desta forma, direciona-se à análise e intervenção sobre as refrações da Questão Social no âmbito do processo saúde/doença, a fim de contribuir para a garantia integral do acesso à saúde como um direito social e às condições necessárias para seu

exercício, bem como para a ampliação da emancipação e autonomia dos sujeitos, com vistas à efetivação da cidadania.

Além dessas, as principais categorias do método dialético-crítico orientaram a construção do referencial teórico do objeto de estudo e a análise dos dados. De forma bastante sintética, podemos definir, a seguir, os aportes das principais categorias do método:

- **Contradição:** mais do que tensão e antagonismo, refere-se a aspectos contrários que são inter-relacionados, a uma oposição inclusiva que engendra transformação, superação. Essa categoria aponta para a necessidade do desvendamento de tais oposições presentes no objeto de estudo, as quais, em si, são criadoras e demarcam também a dinâmica dos fenômenos.
- **Historicidade:** demarca o caráter histórico do real, em permanente transformação, em constante devir, ou seja, vir a ser. Essa categoria implica analisar os fenômenos à luz da história, contextualizá-los, buscando apreender os processos, as relações que o engendram, bem como sua processualidade, tendo em vista identificar tendências em curso.
- **Totalidade:** Refere-se às múltiplas interconexões e determinações entre diferentes aspectos da realidade que podem ser apreendidas através de aproximações sucessivas, provisórias e totalizantes. Essa categoria implica analisar os fenômenos com vistas à sua inserção em contextos e processos mais amplos que o conformam.

No próximo item, passaremos à apresentação da análise dos dados, dando ênfase ao trabalho e à formação dos assistentes sociais nas Residências Multiprofissionais.

## **5. ANÁLISE DOS DADOS: EM CENA O SERVIÇO SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO BÁSICA**

O universo de pesquisa foi composto por 23 sujeitos, entre estes: 15 residentes assistentes sociais, através de coleta por meio de questionários; 4 residentes assistentes sociais, através da realização de entrevistas; 4 preceptores assistentes sociais, através da realização de entrevistas. Os dados obtidos foram agrupados de acordo com a forma da coleta e os sujeitos que dela participaram.

Desta forma, priorizamos realizar separadamente a análise quanti-qualitativa dos questionários, das entrevistas com residentes e das entrevistas com os preceptores, para dar visibilidade aos depoimentos e concepções desses segmentos. Após, procuramos articular as análises obtidas, tendo em vista evidenciar e representar as concepções do conjunto dos assistentes sociais que participaram da pesquisa. Em relação à metodologia de exposição, em alguns momentos, privilegiaremos os dados de natureza quantitativa, complementados pelos qualitativos. Buscamos também contemplar as unidades de significado definidas a partir das categorias teóricas, quais sejam: trabalho profissional, integralidade, residência multiprofissional e atenção básica, esta última como categoria transversal porque referente ao âmbito do SUS privilegiado na pesquisa.

### **5.1. Inserção do Serviço Social na Formação em Residência Multiprofissional**

Para este eixo de análise, procuramos articular inicialmente os dados referentes à caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa, bem como as motivações dos residentes para a realização da RMS. Logo após, analisamos a organização do processo de formação nos programas pesquisados, destacando os polos articuladores da formação em RMS e a participação desta profissão nos processos de ensino, seja no âmbito dos serviços como nos demais espaços formativos.

Desta forma, procuramos identificar em linhas gerais os desenhos desses programas, os serviços que são polos das práticas da RMS, bem como apontar as possibilidades e limites desta formação, sinalizando as suas contribuições para a



qualificação do trabalho dos assistentes sociais, bem como entraves ou lacunas existentes nas RMS.

### 5.1.1 Caracterização dos assistentes sociais nas Residências

Conhecermos os sujeitos que movimentam e dão concretude ao Serviço Social nos processos de ensino/trabalho desses programas é fundamental para, a partir de suas trajetórias, características e motivações profissionais, identificarmos aspectos que delineiam a inserção dos assistentes sociais nas Residências. Assim, apresentamos a seguir a caracterização dos residentes, por meio de dados obtidos através de questionários:

CARACTERIZAÇÃO DOS RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL		Freq.	%
INSTITUIÇÃO FORMADORA	Grupo Hospitalar Conceição	8	53,34
	Centro de Saúde-Escola Murialdo	7	46,66
PERÍODO DA FORMAÇÃO EM RMS	2008 ----] 2009	6	40,00
	2007 ----] 2008	4	26,67
	2006 ----] 2007	2	13,33
	2005 ----] 2006	3	20,00
ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO	2002 ----] 2003	4	26,67
	2004 ----] 2005	2	13,33
	2006 ----] 2007	9	60,00
EXPERIÊNCIAS NO SUS ANTERIORES À RMS	Possuía experiência	10	66,67
	Não possui experiência	5	33,33

Quadro 3: Caracterização dos residentes segundo formação e experiências na área da saúde.

Fonte: Pesquisa de campo.

A coleta priorizou a seleção equitativa de sujeitos entre os programas (englobando respectivamente 53,34% e 46,66% residentes oriundos do GHC e do CSEM), os quais, em sua maioria, realizaram a formação em período recente (66,67% entre os anos de 2007 a 2009). Além disso, grande parte dos assistentes sociais concluiu a graduação recentemente, antes do ingresso na RMS (60% entre

os anos de 2006 e 2007), o que indica ser esta, no grupo pesquisado, uma formação continuada para assistentes sociais recém-graduados que buscam *especializar-se no trabalho no SUS*.

Este dado é reafirmado pelo fato de que 66,67% dos assistentes sociais possuíam experiências no SUS antes da RMS, em especial aquelas oportunizadas pela graduação, como fica demarcado no gráfico que segue:

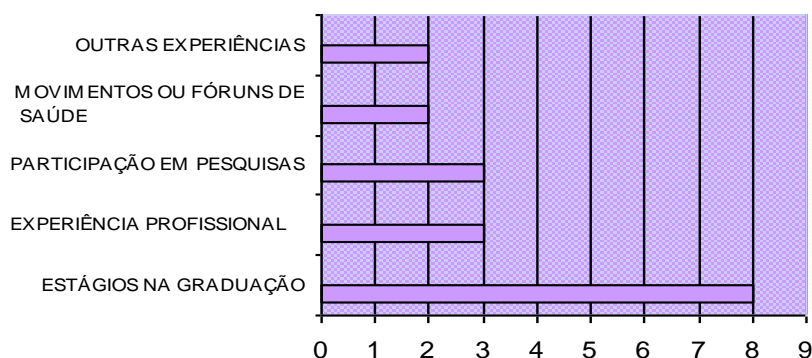


Gráfico 1: Tipo de experiência no SUS anterior à RMS.

Fonte: Pesquisa de campo.

Essas experiências revelam que as vivências na graduação são significativas quanto às primeiras aproximações dos residentes com a área da saúde, em especial aquelas oportunizadas pela realização de estágios no SUS e pela participação em pesquisas voltadas para essa área. Além disso, é reduzido o universo de residentes que possuíam experiências profissionais no SUS, o que reforça a inserção na *RMS como uma formação continuada após o término da graduação*, em especial para aqueles graduandos que possuíam vivências nessa política.

Desta forma, procuramos identificar os aspectos que mobilizam o ingresso dos assistentes nas RMS, solicitando que estes apontassem as suas motivações para a realização dessa formação. As motivações encontram-se sistematizadas no gráfico apresentado a seguir:

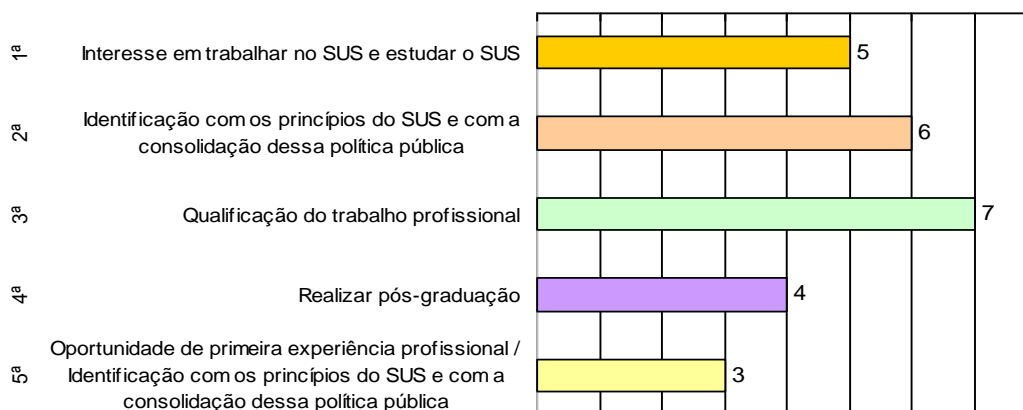


Gráfico 2: Motivações para a realização da RMS (múltipla escolha por ordem de prioridade).

Fonte: Pesquisa de campo.

O interesse pela política de saúde, a busca pela atuação e estudo nessa área compõem as motivações iniciais para a o ingresso na Residência, as quais se associam à busca pela qualificação do trabalho profissional juntamente com a realização de pós-graduação. Por último, emerge também a busca pela inserção na RMS como uma alternativa para efetivar a primeira experiência profissional na área de Serviço Social. É relevante ressaltar que esta área, segundo pesquisa do CFESS (2005), é uma das que mais empregam assistentes sociais; logo, qualificar-se nessa política (maior contingente de respostas) também pode ter por finalidade ampliar as possibilidades de inserção profissional.

Embora haja uma predominância, nos dados quantitativos, de motivações relacionadas à proposta formativa da RMS, ou seja, da educação pelo trabalho na área da saúde, no depoimento dos residentes entrevistados o aporte econômico da bolsa da RMS e a insegurança no exercício profissional também se encontram associados às motivações que levam os assistentes sociais a cursarem a RMS. Estes aspectos ficam evidenciados nos depoimentos que seguem:

“ (...) em primeiro lugar, foi a insegurança de sair da faculdade e assumir um cargo de assistente social (...) no meu caso, eu terminei a faculdade, fiquei seis meses sem fazer absolutamente nada (...) só pensando na residência para iniciar um processo de trabalho de forma supervisionada e também como forma de conseguir dinheiro” (Residente 1).

“(…) quando eu fiz o meu TCC, eu falei de saúde; até então, eu nunca tinha refletido assim na área da saúde (...) a residência surge num momento em que eu também não tinha uma alternativa profissional,

uma qualificação, eu saí da universidade e queria atuar na área”  
(Residente 2)

Esses depoimentos indicam aspectos relacionados à formação profissional e ao mercado de trabalho para os assistentes sociais. A insegurança quanto ao exercício profissional pode estar associada a insuficiências na formação graduada, levando, assim, os assistentes sociais a buscarem a RMS como uma forma de suprir lacunas oriundas da formação profissional. No que tange ao mercado de trabalho, as dificuldades de inserção, em especial para profissionais recém-graduados, compõem também os aspectos que motivam a realização da RMS, seja na inserção em uma atividade profissional remunerada, como pela busca por qualificação/especialização. Associa-se a este aspecto um contexto de desemprego estrutural e uma exigência cada vez mais acentuada de especializações para atuação em determinadas áreas que conformam o mercado de trabalho.

Dadas essas considerações, passemos à caracterização dos assistentes sociais preceptores, a partir dos dados sistematizados no quadro a seguir:

<b>CARACTERIZAÇÃO DOS PRECEPTORES DE SERVIÇO SOCIAL</b>		<b>% Total</b>
INSTITUIÇÃO FORMADORA	Grupo Hospitalar Conceição	50%
	Centro de Saúde-Escola Murialdo	50%
PERÍODO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO	12 a 20 anos	50%
	4 a 7 anos	50%
PERÍODO DE TRABALHO NA RMS	07 a 10 anos	50%
	3 a 6 anos	50%
FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	Não possui	0 %
	Possui	100 %
TIPO DE FORMAÇÃO	Especialização	50 %
	Residência Multiprofissional	25 %
	Residência Multiprofissional e Mestrado inconcluso	25%

Quadro 4: Caracterização dos preceptores segundo a formação.

Fonte: Pesquisa de campo.

A coleta através de entrevistas com este segmento priorizou a seleção equitativa de sujeitos entre os programas (2 entrevistados de cada instituição). Podemos constatar que há uma inserção prolongada dos assistentes sociais na atenção básica, em especial no trabalho com ensino, tendo em vista que no GHC a RMS foi instituída recentemente e que todos os profissionais entrevistados desta instituição se inseriram desde a criação da mesma. No caso do CSEM, a prática relacionada ao ensino é realizada há mais tempo pelos assistentes sociais (de 7 a 10 anos).

No que tange ao modo como ocorreu a inserção dos preceptores junto ao ensino na RMS, a totalidade destes (4 de 4 sujeitos) refere que se tratou de uma escolha pessoal, embora em ambos os programas pesquisados, inicialmente, o trabalho como preceptor tenha sido uma determinação institucional. Além disso, a experiência como preceptor é associada à qualificação permanente do trabalho profissional, como podemos identificar na fala dos sujeitos:

“Quando eu entrei, foi por determinação da instituição e aí, depois, eu pude optar; hoje é um desejo meu, porque eu acho que a gente está sempre se reciclando, a gente se obriga a se reciclar, a gente acompanha e é bem legal” (Preceptor 2).

“Eu acho que a residência contribui significativamente, não só para os residentes que passaram por ela, mas para os profissionais que estão ali fazendo parte daquele cenário (...) proporciona uma reflexão sobre a prática, uma parada para ver para que caminho a gente está indo, ver quais são as dificuldades para chegar onde realmente a gente deveria, enfim, para a gente ter uma consciência mesmo daquela prática e aí possibilitar a transformação, sabe?” (Preceptor 3)

Dessa forma, ressaltamos que o trabalho junto à RMS favorece a construção permanente de experiências de educação aos trabalhadores de saúde inseridos onde esta é desenvolvida. Além disso, o exercício da função de preceptor também mobiliza os assistentes sociais a realizarem pós-graduações, como uma forma de ampliar esse processo permanente de qualificação. Os dados apresentados no quadro revelam que todos os entrevistados possuem formação complementar à graduação. Em especial, destacamos que a metade dos entrevistados (50%) já realizou a RMS.

### *5.1.2 Participação dos assistentes sociais nos processos de ensino/trabalho nas RMS*

O Estado do Rio Grande do Sul possui uma oferta diversificada de Programas de Residências Multiprofissionais, com concentração das instituições formadoras na sua capital. Como abordado anteriormente, os programas vinculados à Escola de Saúde Pública possuem longa trajetória de formação de trabalhadores, tendo como cenário de práticas os serviços da rede estadual de saúde.

Cabe ressaltar que o Serviço Social se insere de forma sistemática em grande parte dos programas existentes no Estado, sendo poucas as ênfases de formação ofertadas em que não há a participação deste profissional. Na formação voltada para a atenção básica do SUS, merecem destaque os programas ofertados pela Escola de Saúde Pública e Grupo Hospitalar Conceição. Estes concentram a formação em residência para esta área, motivo pelo qual foram selecionados como lócus da pesquisa empírica.

A análise dos dados agrupados neste item enseja dar visibilidade aos processos de trabalho/ensino desenvolvidos nas RMS e como se dá a inserção do Serviço Social neste contexto. No quadro a seguir podemos identificar como se estrutura a formação nos programas pesquisados:

<b>ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO</b>	<b>RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RS (RIS/ESP)</b>	<b>RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (RIS/GHC)</b>
<b>Ênfase do Programa</b>	Atenção Básica em Saúde Coletiva	Saúde da Família e Comunidade
<b>Profissões inseridas</b>	Serviço Social / Psicologia / Enfermagem / Nutrição / Odontologia / Fisioterapia	Serviço Social / Psicologia / Enfermagem / Nutrição / Odontologia / Farmácia
<b>Cenários de prática</b>	7 Unidades de Saúde vinculadas ao Centro de Saúde Escola Murialdo (Gerência distrital de Saúde Partenon/POA)	12 Unidades de Saúde Serviço de Saúde Comunitária do GHC
<b>Inserção dos assistentes sociais nos serviços</b>	3 assistentes sociais inseridos em equipes de UBS e equipes de matriciamento em saúde mental; 1 assistente social inserido em equipe de ensino do CSEM 6 residentes inseridos em equipes de UBS, ESF e matriciamento em saúde mental	9 assistentes sociais inseridos em equipes de ESF 12 residentes inseridos em equipes de ESF
<b>Formação em Serviço – 1º ano</b>	Atuação nas equipes multiprofissionais “Plantões”	Atuação nas equipes multiprofissionais
<b>Formação / aulas e pesquisa – 1º ano</b>	Seminário de Núcleo do Serviço Social	Seminário de Núcleo do Serviço Social
	Seminário de Campo CSEM	Currículo Integrado SSC/GHC
	Aula RIS	Aula RIS
	Atividades de pesquisa	Atividades de pesquisa
<b>Formação em Serviço – 2º ano</b>	Atuação nas equipes multiprofissionais “Plantões”	Atuação nas equipes multiprofissionais
	Estágio gerenciamento UBS	Estágio gerenciamento UBS
	Estágio Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	Estágio optativo
	Estágio optativo	Estágio Saúde Mental
	Estágio Coordenação Geral da Vigilância em Saúde de Porto Alegre	Estágio Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>Formação / aulas e pesquisa – 2º ano</b>	Estágio Gestão Estadual da Estratégia de Saúde da Família	
	Seminário de núcleo do Serviço Social	Seminário de núcleo do Serviço Social
	Aula RIS	Aula RIS
	Atividades de pesquisa	Currículo Integrado SSC/GH
		Atividades de pesquisa

Quadro 5: Caracterização da formação dos assistentes sociais nos programas pesquisados. Fonte: Pesquisa de campo.

Como podemos observar no quadro, os programas pesquisados possuem organização semelhante, embora possamos identificar diferenças no processo de formação desenvolvido pelas instituições formadoras. A caracterização de ambas as formações como Residências Integradas em Saúde consiste na prática destes programas em articular a Residência Multiprofissional com a Residência de Medicina de Família e Comunidade. Esta articulação ocorre através da inserção conjunta dos residentes no âmbito das equipes multiprofissionais, bem como por meio da participação dos residentes médicos nos espaços multiprofissionais com ênfase teórica. Embora as residências multiprofissionais e as residências médicas possuam normatizações específicas, o processo de integração entre ambas, no caso dos programas pesquisados, ocorre desde a criação dos programas multiprofissionais.

Em relação à ênfase dos programas, a ESP possui como particularidade o direcionamento para o campo da Saúde Coletiva, não somente na formação em Atenção Básica, ao passo que no GHC o enfoque é dado para a Saúde da Família e da Comunidade.

No que tange às áreas de formação que participam da RIS, duas delas tiveram sua inserção posteriormente, quais sejam: a fisioterapia, no caso da ESP; farmácia e nutrição, no GHC. As profissões que participam desde a criação dos programas são: Enfermagem, Psicologia, Odontologia e Serviço Social.

A partir da análise sobre os *cenários de práticas dos programas pesquisados*, podemos identificar diferenças marcantes no que tange às condições ofertadas para o ensino, bem como à caracterização das equipes e do trabalho por elas desenvolvido. Estes aspectos se evidenciam nos depoimentos que seguem:

“(...) pode ser um pouco de comodismo, mas eu acho que aquilo lá (SSC/GHC) é muito bom. Agora que eu estou no Conselho Municipal e tu vê as denúncias (...) Ontem a gente teve uma reunião da intercomunitária, que é um local onde reúne todos os conselhos da saúde comunitária e a gente vê que todo mundo ouve a mesma coisa nas instâncias municipais. (...) uma unidade que tem médico sempre, tem equipe multidisciplinar, que tem vigilância, que tem programa de acamados. Imagina, dizem ‘quem é que consegue?!’ Não tem. Então eu acho que a gente tem boas condições.” (Preceptor 1)

“(...) a gente tem muitas dificuldades de recursos humanos, são poucos recursos materiais, recursos humanos não preparados. A questão do ensino, e no caso a equipe X, nós ainda temos muitas dificuldades nesse sentido, e na instituição X, nós estamos com falta de médico, nós não temos médico no turno pela manhã, nós temos pessoal despreparado para o ensino, pessoas que não querem



entrar no ensino. Então eu acho que a gente enfrenta ainda muitas dificuldades.” (Preceptor 2)

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição possui 12 Unidades de Saúde situadas na região norte da cidade. Suas unidades compõem a rede básica municipal, mas têm sua estrutura vinculada à gestão federal. Desta forma, este Serviço diferencia-se na instituição CSEM no que se refere à gestão e, principalmente, pela composição das suas equipes, pois se trata de um modelo ampliado de Estratégia de Saúde da Família, no qual o assistente social integra a equipe.

O Centro de Saúde-Escola Murialdo recentemente teve sua estrutura municipalizada, tendo, até o ano de 2008, sido gerido pelo Estado. A municipalização tem acarretado importantes mudanças na organização do ensino em serviço. Até então, a inserção dos residentes ocorria em Unidades Básicas de Saúde compostas principalmente por médicos de família, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros. A existência de longos impasses entre as gestões municipal e estadual na manutenção da estrutura do CSEM e das 8 UBS a ele pertencentes acarretou um processo de precarização dos serviços, juntamente com a defasagem de recursos humanos.

Atualmente, junto com a municipalização em curso, vem ocorrendo a implantação gradual de equipes de Estratégia de Saúde da Família nas então UBS. Além disso, os servidores que permaneceram vinculados ao Estado passaram a ter a atribuição direta com as ações de ensino da RMS, ao passo que aqueles que passaram a ficar vinculados ao Município têm seu trabalho voltado à assistência em saúde.

A partir da configuração dos cenários de prática da RMS, podemos identificar também diferenças no modo como se dá a *inserção dos assistentes sociais* nestes serviços de saúde, o que repercute diretamente na organização da formação em residência. O depoimento referente ao CSEM é elucidativo deste processo:

“ (...) o novo modelo, no ano que vem todos os residentes vão entrar nos PSFs, não vai ter mais UBS. Vão entrar nos PSFs e ter os preceptores de campo, os preceptores de núcleo vão ser do município, porque os assistentes sociais e psicólogos que eram do Murialdo foram para a saúde mental. Primeiro porque não se construiu um NASF, não se conseguiu em função das cinco profissões que tinha que ter, então inicialmente estão fazendo essa arrumação em saúde mental. Então vai ser assim, tu vais até o PSF discutir caso (...) a linha, a lógica de trabalho, modelo de trabalho é

esse. Não é mais multi em PSF ou UBS, é multi instrumentalizando o pessoal do PSF (...) a princípio a equipe de matriciamento não vai fazer agenda, atendimento, até pode acompanhar e fazer uma visita domiciliar ou uma agenda muito específica, mas o foco não é atendimento.” (Preceptor 4)

Podemos identificar duas modalidades distintas de atuação dos assistentes sociais na atenção básica, que representam as tendências de inserção para o Serviço Social neste âmbito do SUS, conforme discutidas no item 3.2 dessa dissertação. A primeira, presente no GHC, é a inserção em equipes ampliadas de ESF; a segunda, presente no CSEM, é a inserção em arranjos de apoio matricial, associadas à participação em UBS. No que tange especificamente ao matriciamento, a participação dos assistentes sociais neste processo é recente no CSEM, não tendo os residentes entrevistados vivenciado esta mudança na organização do ensino em serviço.

Retomando os dados sistematizados no quadro, podemos observar que a formação em ambos os programas estrutura-se em torno de dois âmbitos, quais sejam: *o trabalho/formação nas equipes*, ou seja, o ensino no serviço; e *o ensino nos espaços com ênfase teórica*, ou seja, nos espaços organizados em aulas e seminários.

O primeiro aspecto a ser destacado no processo de formação consiste na *carga horária* através da qual ele é desenvolvido, marcadamente com ênfase para a aprendizagem nos serviços de saúde. A elevação para 60 horas semanais de formação, discutida nos itens 2.2 e 2.3, foi avaliada negativamente por todos os residentes entrevistados, o que fica explícito no depoimento a seguir:

“Ficou uma carga horária emburrecida, porque a gente tem que complementar com plantão essa carga horária de 60 horas, não que haja necessidade de uma formação em plantão para fazer uma formação em atenção básica. Tu ficas muito tempo fazendo coisas que não são significativas para formação para dar conta dessa questão burocrática das 60 horas. A gente está tendo que colocar as reuniões de núcleo para a noite pra dar conta, então acaba que tu ficas quase com o teu tempo integral na residência, tem duas aulas à noite, que é pouco aproveitada porque a gente está destruída. Eu acho complicado, acho que é mal aproveitado.” (Residente 1).

Os depoimentos revelam que a mudança da carga horária vem acarretando um processo de reorganização da formação, seja no ensino em serviço, como nos espaços com ênfase teórica. Esse processo, na visão dos residentes, tem se traduzido em uma sobrecarga de atividades assistenciais, por vezes dissociadas da

atenção básica - como no caso dos plantões desenvolvidos no CSEM - bem como acarreta prejuízos para a reflexão das práticas desenvolvidas e para a otimização dos espaços com ênfase teórica.

A formação dos assistentes sociais nos programas de RMS insere-se no âmbito de processos de ensino-aprendizagem que têm como polo principal a vivência do trabalho em equipes multiprofissionais, processos que demarcam a particularidade desta formação, conforme discutido anteriormente no item 2.3 dessa dissertação. Esta vivência nas equipes de atenção básica é articulada com os demais espaços de ensino com ênfase teórica, estruturados em composições multiprofissionais e uniprofissionais, juntamente com a realização de atividades de pesquisa e com a inserção em serviços da rede de saúde, viabilizadas através da realização de estágios.

No que tange *ao ensino em serviço*, a vivência e a inserção nos processos de trabalho em saúde que ocorrem nos serviços, e a forma como, a partir deles, se delineiam modelos assistenciais, se constituem no eixo articulador das experiências formativas da RMS. Nessa linha, a formação é marcada pela realidade particular dos processos de trabalho estabelecidos nos serviços. A coleta abarcou sujeitos oriundos de 7 serviços de atenção básica em saúde, dentre os quais, 3 pertencentes ao CSEM, e 4 do SSC. Em cada serviço, podemos identificar diferenças na forma de organização dos processos de trabalho, o que também está diretamente relacionado com a estrutura e organização dos serviços de saúde em ambas as instituições, conforme abordado anteriormente.

No que tange aos assistentes sociais residentes, identificamos em todos os depoimentos, *dois aspectos que mediam a inserção destes trabalhadores nos serviços*. O primeiro aspecto consiste na *disputa/afirmação de modelos assistenciais*, o que se expressa no cotidiano da formação na busca de imprimir mudanças nas práticas de saúde instituídas. Este processo foi relatado pela maioria dos entrevistados (3 de 4):

“(...) tu vem com aquela ânsia de trabalhar com promoção e aí eles têm uma trajetória de SUS, daí o teu preceptor não vai comprar a tua briga. A frase que eu mais ouvi em um ano de residência foi “nós não temos pernas pra isso”, (...) é muito comum um residente começar alguma coisa e não rolar, porque eles conhecem a comunidade, mas não deu certo naquele momento, em outro daria. (...) Nessa idéia de tentar criar alguma coisa de saúde naquele espaço (a UBS), de ver saúde naquele espaço que é completamente adoecido, aí eu acho

que começam a brotar as idéias. E as idéias são assim, os projetos não são pensados sozinhos, mas a preceptoria dificilmente abraça a tua idéia, e aí eu acho que por caminhos tortuosos e por necessidade é que surge a idéia de se começar a trabalhar juntos.” (Residente 1).

Como podemos identificar no depoimento, o processo de disputa de novas lógicas de trabalho respalda-se na integração do grupo de residentes e na construção conjunta de alternativas. Assim, a marca desta *identidade grupal entre os residentes* emerge na totalidade dos sujeitos entrevistados (4 de 4), configurando-se no segundo aspecto que media a sua inserção nos processos de trabalho. Esta identidade favorece a integração entre as áreas profissionais inseridas na RMS, bem como a experimentação do trabalho em equipe, embora haja dificuldades nesse sentido:

“ (...) mas eu acho que a maior integração se dá entre os residentes. No grupo de R1 se vê claramente que é um grupo que troca muito, que se integra muito e consegue vencer mais facilmente essas barreiras, de trabalhar junto, o Serviço Social com a Odonto, a Psico com a Enfermagem, então isso é mais fácil. Na equipe, no todo, muitas vezes ainda é difícil, mas a gente vê realmente que a medicina, ela em muitos momentos não se integra. E aí fica, na verdade, a medicina de um lado e os multi do outro. O que não é legal, eu acho que teria que ter uma integração maior” (Residente 2”).

A construção efetiva de ações integradas entre os residentes e preceptores de trabalhadores, tanto dos residentes como dos preceptores de diferentes áreas profissionais, está diretamente relacionada com a forma como estão organizados os processos de trabalho/ensino nos serviços que compõem a RMS. Procuramos analisar a existência de *polos comuns articuladores da formação*, dos quais participam todas as áreas profissionais inseridas nas equipes, residentes e preceptores. Estes polos são: *a preceptoria de campo e núcleo, a prática de discussão de “casos”, os seminários na equipe, o planejamento conjunto de ações, campo e núcleo nas ações assistenciais.*

Selecionamos como primeiro polo de análise a *preceptoria de campo e núcleo*. A preceptoria pode ser caracterizada como uma ação pedagógica, voltada para a supervisão do trabalho desenvolvido pelos residentes. Numa abordagem crítica, a supervisão abarca dimensões pedagógicas, mobilizadoras e organizativas e visa a oferecer suporte, instigar potencialidades e ao enfrentamento de desafios postos para a materialização da política pública (PRATES; LEWGOY, 2009).

Nesse horizonte, a preceptoria precisa estar embasada nas propostas norteadoras da RMS, fazendo uso de estratégias, mediações pedagógicas voltadas para a qualificação do trabalho em saúde, pautado na integralidade. Esta pode ser exercida tendo em vista o *campo* da saúde, quando voltada para todas as áreas profissionais de modo a abarcar saberes e ações em comum entre estas áreas, e também estar direcionada para dado núcleo profissional, quando se volta para a supervisão da prática assistencial do residente da mesma área profissional que o preceptor. Ou seja, os assistentes sociais exercem a preceptoria para o conjunto dos residentes inseridos na equipe (campo) e para os residentes de Serviço Social (núcleo).

Dadas estas características, o processo de preceptoria configura-se como polo privilegiado para o estabelecimento de interfaces entre os profissionais que compõem a equipe de trabalhadores dos serviços e residentes. Na abordagem dos assistentes sociais preceptores (4 de 4), o processo de preceptoria se materializa nos demais polos citados que articulam a formação nos serviços. A preceptoria é entendida pelos entrevistados como o meio pelo qual se estabelece a troca e a integração de saberes entre trabalhadores e residentes, sejam estes de Serviço Social ou das demais profissões.

Na preceptoria de campo, os entrevistados referem que os saberes e práticas particulares do Serviço Social são mobilizados nessa ação pedagógica, processo que favorece aos residentes das demais áreas profissionais a construção de novas competências para o trabalho em equipe. Já no que tange à preceptoria de núcleo, esta se volta para a qualificação do trabalho profissional no espaço sócio-ocupacional da saúde.

Apesar de este ser um polo fundamental do ensino em serviço, na abordagem dos residentes, a preceptoria é alvo de críticas pelos entrevistados (3 de 4). Em especial, os depoimentos referem dificuldades na integração com estes profissionais e no efetivo suporte para as práticas assistenciais:

“É muito impactante quando tu entra e tu vê que os profissionais são totalmente defasados, tecnicamente falando, não entendem e nem conhecem a proposta da residência no SUS (...) Em relação ao espaço de trabalho, é um pouco assustador, a equipe também assusta, em função de ter uma equipe que também é uma equipe de preceptoria, que é uma equipe bem fragmentada, em relação ao atendimento é uma equipe muito falha, não acho que seja uma equipe que esteja preparada e dê conta de um fluxo de pessoas, de

um entra e sai imenso na residência, que a cada ano entra uma equipe nova.” (Residente 1)

Essas críticas podem indicar certa tendência a uma expectativa idealizada em relação ao grupo de preceptoria, cujos membros, na condição de trabalhadores, também possuem suas limitações, sejam estas na alteração de relações de força para a mudança de modelos assistenciais, assim como em questões relacionadas à formação. Apesar destes aspectos, é necessário que a relação entre esses trabalhadores e residentes seja mediada pelo processo de ensino-aprendizagem, o que requer, sobretudo, uma relação horizontalizada de troca, mas também ações institucionais que qualifiquem essa atividade pedagógica.

Outro polo agregador das experiências de formação consiste na sistemática de discussão de “casos”, a qual ocorre no cotidiano da assistência em saúde, especialmente nas ações voltadas para indivíduos e famílias. Entre os assistentes sociais preceptores, esta prática é enfocada pela totalidade dos entrevistados (4 de 4) como uma estratégia para a construção da interdisciplinaridade, pois através dela são mobilizados os diferentes saberes profissionais da equipe. A abordagem da questão social juntamente com a equipe foi referida pela metade dos preceptores (2 de 4) como um dos enfoques presentes nessas discussões:

“Quando tu pega e tu leva a questão social para ser discutida dentro de um caso em que as pessoas estão tendo uma visão limitada e que essa questão está passando a margem é o teu olhar que está ali. (...) Quando a gente fala na questão social, ela não vai ser vista especificamente pelo assistente social, ela vai se vista por outros profissionais, principalmente por profissionais treinados, que são capacitados, mas não com a capacidade que a gente tem de poder desvendá-la e essa capacidade tu vê claramente quando tu tens um assistente social e a equipe sente isso.” (Preceptor 1)

A partir desse depoimento, podemos destacar a relevância da abordagem da questão social junto à equipe multiprofissional como uma contribuição para a ampliação do enfoque das ações assistenciais. Nesta linha, a apreensão pelo conjunto da equipe, das desigualdades e resistências sociais que se refratam na realidade vivida pela população (o “caso”), impulsionada pela troca com o Serviço Social, se constitui numa competência compartilhada que auxilia na materialização da concepção ampliada de saúde.

Na abordagem dos residentes sobre este polo, os entrevistados (3 de 4) referem que a discussão de casos ocorre com maior frequência entre o grupo de

residentes. Identificam também que este processo favorece a definição de responsabilidades conjuntas na assistência direta junto à população usuária, ao mesmo tempo em que favorece a ampliação do enfoque sobre as necessidades de saúde da população atendida:

“ (...) eu tenho tentado fazer isso assim, porque também é muito pesado tu levar uma situação sozinha, tem muitos casos que estão com os residentes, tem casos que demandam muitas coisas, com isso a gente consegue ficar mais leve, essa discussão, essa troca entre as profissões é que vai pensar o sujeito num todo, e que também vai dividir responsabilidades, faz o profissional se sentir responsável também por aquela a situação, co-responsável também pela saúde do usuário” (Residente 3)

Outro polo que articula a formação constitui-se na realização dos *seminários na equipe*, os quais estão voltados para a discussão de demandas de formação que emergem no cotidiano das práticas. A maioria dos entrevistados refere que o Serviço Social insere-se de forma sistemática nesses espaços, atuando como fomentador das discussões (3 de 4 residentes e 4 de 4 preceptores).

A partir dos depoimentos, identificamos diferenças na forma como esses espaços são organizados e como deles participa o Serviço Social. Uma delas é a forma *compartilhada*, na qual o objeto da discussão é construído entre diferentes profissões (referida por 2 de 4 residentes e 2 de 4 preceptores); e outra é a *temática*, onde cada profissão fomenta com a equipe a discussão de questões afins a sua área/trabalho (referida pelos demais). Os depoimentos a seguir expressam como ocorrem esses espaços e a participação do Serviço Social:

“O Serviço Social vai estar presente em todos os espaços de construção conjunta, no seminário de campo que também o assistente social vai construir junto com o preceptor e com preceptores de outras áreas, com os residentes de outras áreas. Nosso seminário de campo a gente chama de “PRA”, Pensar, Refletir, Agir. Quando é para pensar é mais teórico, quando é pra refletir é a respeito da Residência, agir é para uma atividade mais prática. Então o “PRA” é nosso seminário de campo, é construído pelos preceptores e pelos residentes das unidades” (Preceptor 3).

“A gente tem os momentos do seminário e daí todas as profissões participam com um tema. O Serviço Social sempre contribui bastante, sempre foi um fomentador desses espaços na equipe. Então tem temas afins, tal como Previdência, questões de redes.” (Residente 2)

As formas identificadas de participação dos assistentes sociais nos espaços de seminários revelam níveis diferentes do processo de integração entre as áreas

profissionais. A construção compartilhada aponta para a constituição de um campo comum sobre o qual os aportes de diferentes saberes se articulam para uma reflexão conjunta, expressando um movimento de busca pela interdisciplinaridade, enquanto a forma temática indica movimentos individuais das profissões envolvidas na RMS acerca de recortes das práticas em saúde.

No que tange ao planejamento conjunto das ações em saúde, como polo articulador da formação, identificamos que este está relacionado diretamente com a organização das ações assistenciais através das perspectivas de campo e núcleo, processo que foi mencionado por todos os entrevistados como presente nos processos de trabalho. A existência do planejamento integrado, voltado principalmente para as práticas compartilhadas entre as diferentes profissões, foi apontada pela metade dos preceptores (2 de 4) e pela totalidade dos residentes (4 de 4) como um polo presente nas equipes. Contudo, entre os residentes, metade dos entrevistados (2 de 4) refere que este planejamento ocorre de forma mais efetiva e sistemática somente entre o grupo de residentes.

No que tange às ações de campo que são alvo de planejamento comum, estão aquelas que possuem ênfase grupal, voltadas para o território, com enfoque para abordagens educativas em saúde. As ações caracterizadas como de núcleo consistem naquelas voltadas para os atendimentos assistenciais direcionados às famílias e indivíduos, os quais são realizados por cada profissão. Contudo, mesmo nas ações de núcleo, principalmente no caso do trabalho do Serviço Social, se evidenciam movimentos de integração com as demais áreas, o que se expressa na sistemática de discussão de casos, como apontado anteriormente, assim como em acompanhamentos e atendimentos integrados com as demais profissões.

Esta forma de organização das ações entre campo e núcleo pode ser visualizada nos depoimentos que seguem:

“A gente tem a gestão colegiada, que é dividida nas unidades produtivas. Então, tem a unidade produtiva de participação popular, algumas unidades ficam mais voltadas para a área do Serviço Social, o assistente social pode estar ali construindo junto com outros profissionais atividades de participação popular no território ou não, tem as unidade de vigilância em saúde, participação popular, administrativa, e cine pesquisa, que vão gerar atividades e o assistente social pode estar inserido em qualquer uma delas. Fora essas, tem outras atividades de programas de assistência em saúde em que o assistente social pode estar inserido, grupo de gestante, grupo de mulheres. A única coisa que falta é fazer o atendimento para a comunidade, que o pessoal vem e pede ‘eu quero falar com o



assistente social', o atendimento que é feito por esse profissional é o seletivo, que também é chamado de ambulatório. (Preceptor 3)”

“Na prática da assistência eu procurava não fazer separado, não tinha grupo do serviço social na unidade de saúde, tinha grupos de promotores de saúde onde participavam assistente social, participava o agente comunitário, participava o médico, a gente sabe que às vezes em outras equipes os médicos ficam mais separados, na unidade que eu estava os médicos faziam grupo, faziam visita domiciliar. Eles faziam visita domiciliar sempre junto com outro profissional. Até atendimentos, isso é uma coisa muito legal, tu fazer atendimentos interprofissionais, em que tu convida o outro profissional para fazer atendimento conjunto” (Residente 4)

Esta organização assistencial, pautada na perspectiva de *campo e núcleo*, assim como os demais polos que articulam o ensino em serviço - *a preceptoria ou supervisão entre as profissões, a prática de discussão de “casos”, seminários na equipe e o planejamento conjunto de ações* - podem ser considerados como estratégias, no cotidiano dos processos de trabalho, para o fortalecimento da educação permanente de equipes, bem como para a construção da interdisciplinaridade em diferentes espaços sócio-ocupacionais.

A particularidade destes polos, no contexto da RMS, consiste em estarem articulados aos demais espaços de formação, ou seja, aos momentos de ensino com ênfase teórica. Estes *espaços de ensino*, direcionados para a ênfase<sup>61</sup> da atenção básica, são organizados através de momentos multiprofissionais e uniprofissionais. Os primeiros são denominados de Currículo Integrado e Seminário de Campo, congregando os residentes de todas as áreas profissionais. Os espaços uniprofissionais são organizadas através de reuniões do núcleo de Serviço Social, agregando assistentes sociais residentes e preceptores.

Na abordagem dos preceptores sobre os espaços multiprofissionais, metade dos sujeitos (2 de 4) referem que o Serviço social insere-se nos espaços de campo através de temáticas de discussão relacionadas ao Serviço Social, em momentos específicos, quais sejam: controle social, redes sociais, visita domiciliar, violência intrafamiliar. Já o outro grupo de preceptores destaca a participação sistemática do Serviço Social nestes espaços, o que engloba o planejamento conjunto das atividades de ensino com as demais áreas, além da inserção em diferentes temáticas relacionadas com a atenção básica.

---

<sup>61</sup> O espaço de aula da RIS (Residência Integrada em Saúde) congrega residentes de diferentes ênfases da Residência. Não o enfocamos em nossa análise por não estar diretamente direcionado para a atenção básica.

Essa parcela de preceptores caracteriza este espaço de ensino como um momento privilegiado para a integração entre diferentes áreas profissionais e residentes das várias unidades de saúde, no qual se busca que as discussões estejam pautadas na realidade dos serviços, através do estudo e diagnóstico sobre os territórios. O depoimento a seguir explicita esta forma de participação do Serviço Social:

“(…) a parte de ensino, ela é dividida entre campo e núcleo e a gente tem, por exemplo, no núcleo uma preocupação de fazer a discussão do que está sendo visto no campo. Eu acho que essa é a questão da residência, é tu conseguir capacitar pessoas para serem assistentes sociais da área de saúde, tu não pode capacitar só para o específico porque ele não existe só no específico. Então quando eu estou discutindo no campo, por exemplo, educação popular em saúde, tu tem que estar discutindo como que o assistente social intervém, como é que tu contribui numa intervenção de educação popular em saúde, então tu tem que estar discutindo isso no específico. No caso da aprendizagem, tanto para ti não te perder só no campo, senão tu está formando sanitaristas, tu está formando um profissional só generalista, mas sim ver como é que o teu específico vai contribuir no enriquecimento daquela discussão de campo. Isso é uma coisa importante. (Preceptor 1)”

Como podemos identificar no depoimento, há uma preocupação, evidenciada por metade dos preceptores (2 de 4), de que os espaços de núcleo estejam articulados com os espaços multiprofissionais, procurando alinhar a formação nestes dois âmbitos. Além disso, a experiência citada no depoimento - a discussão integrada da educação popular nos espaços de campo e núcleo – é uma importante estratégia para fomentar essa articulação. Nessa linha, uma possibilidade para a qualificação dos espaços de ensino com ênfase teórica da RMS consiste na definição de temáticas agregadoras da atenção básica que sejam alvo de problematização coletiva nos espaços multiprofissionais e, concomitantemente, discutidas nos espaços específicos de cada profissão, procurando, assim, explorar tanto a formação particular de cada área envolvida na RMS, como também a consolidação de produções do coletivo de residentes e preceptores das instituições formadoras.

No que tange ao espaço de núcleo, este é abordado pela totalidade dos preceptores (4 de 4) como um momento de discussão teórico-prática sobre o exercício profissional dos assistentes sociais na atenção básica. As principais estratégias de ensino utilizadas são o estudo/discussão de casos, a troca de experiências sobre o exercício profissional na atenção básica e nos estágios

realizados no R2, além do estudo de materiais teóricos debatidos a partir da experiência.

A metade dos residentes (2 de 4) caracteriza o núcleo como um espaço de suporte na formação em RMS, em especial no que tange à reflexão sobre o exercício profissional; os demais referem que este espaço deveria ser mais otimizado, como fica explicitado nos depoimentos dos entrevistados a seguir:

“Eu acho que o núcleo de serviço social, ele sempre tentou trazer as coisas, refletir. Não sei se em todos os momentos a gente conseguiu. Agora esse ano já dividiram r1 e r2. Eu não sei se é bom, porque um grupo maior sempre enriquece mais, ao mesmo tempo em que discute os mesmos temas e desestimula uns para favorecer outros. Às vezes, eu sentia que era um espaço muito autoritário, assim, não era um espaço de compartilhar entre colegas, porque afinal, ali nós éramos todos colegas e assistentes sociais. Uma definição muito rígida de papéis que na verdade fragmenta em vez de construir um coletivo, que pudesse ser mais produtivo, mais resolutivo. (Residente 2)”

“Esse ano o núcleo melhorou bastante, tem uma estrutura, um encontro que é R1 com R1 e outros R2 com R2 que é para trabalhar o currículo integrado. Tem encontro que é discussão de caso, outro encontro temático, para discutir, fazer uma leitura. Esse ano a gente conseguiu fazer uma coisa muito legal, que foi articular a discussão de caso com o tema da leitura. (...) Isso é bom para qualificar a nossa formação, quando a gente vai escrever um documento, quando a gente vai defender alguma coisa, ter esse embasamento, porque não pode ficar só no teórico ou só na questão prática em si, tem que poder articular as duas coisas. Agora a gente está conseguindo fazer isso no núcleo, ficou bom assim, agora já tem uma metodologia que tu vê que funciona. (Residente 3)”

A partir da análise sobre este tópico, podemos identificar diferenças na forma como o espaço de núcleo é organizado nas duas instituições formadoras. Na primeira, o Núcleo engloba todos os assistentes sociais da instituição, juntamente com residentes de 1º e 2º anos, ao passo que, na segunda, há espaços distintos para esses residentes, juntamente com assistentes sociais que atuam somente no ensino.

Cabe ainda destacar que, além do ensino em serviço na atenção básica e dos espaços com ênfase teórica, as atividades de pesquisa e a realização de estágios especializados no segundo ano também compõem a formação em RMS, conforme explicitado no quadro 5. Embora estes âmbitos da formação não tenham sido enfocados especificamente em nossos instrumentos de pesquisa, os entrevistados a eles fizeram referência.

As *atividades de pesquisa* são desenvolvidas por todos os residentes ao longo dos dois anos de formação, tendo como produto a realização de artigos que apresentam a prática investigativa. Estes são um pré-requisito para a conclusão da RMS. No que tange aos *estágios* realizados no segundo ano da RMS, identificamos que uma particularidade do Serviço Social, nesse âmbito da formação, consiste na existência de campos de estágios que abarcam as demais políticas públicas. A inserção nos campos de estágio busca complementar a formação realizada na atenção básica, através da vivência do trabalho em demais áreas do SUS e políticas públicas, tais como assistência social e previdência social. Além dos campos definidos para a área do Serviço Social, o estágio optativo oferece a possibilidade de inserção em serviços que possam ser significativos para a trajetória de formação construída pelo residente. Outro ponto é que ambos os programas incluem na formação estágios em gestão, os quais são realizados por todas as áreas profissionais.

Após delinear como se organiza o processo de formação na RMS, buscamos também agrupar e analisar relatos dos assistentes sociais residentes que dão visibilidade às *lacunas existentes na formação em RMS*, as quais podem ser alvo de ações tendo em vista a qualificação do processo de ensino-aprendizagem nos programas pesquisados.

No que tange ao ensino no serviço, emergem aspectos relacionados com o processo de preceptoria e com a qualificação dos trabalhadores dos serviços de saúde, tendo em vista a preparação para acolher os residentes, assim como para a melhoria da atenção em saúde. Dentre estes aspectos, o conjunto de preceptores (4 de 4) e a maioria dos residentes (3 de 4) destacou: a *inexistência ou insuficiência de bolsas para preceptoria*, o que está diretamente associado ao estímulo financeiro e à busca por qualificação dos profissionais que desenvolvem atividades de ensino; a existência de trabalhadores em saúde não preparados e resistentes ao trabalho com o ensino, juntamente com a *falta de oferta de ações sistemáticas de educação permanente*, tais como cursos, entre outras iniciativas por parte das instituições formadoras. Ressaltaram também a *necessidade de qualificação do processo de preceptoria* no âmbito dos serviços e a *melhoria da estrutura dos serviços de saúde* que são cenários de prática da RMS.

As falas a seguir dão visibilidade a estas lacunas na formação dos assistentes sociais no âmbito dos serviços:

“A residência precisa qualificar melhor os profissionais que estão na preceptoria, na supervisão, especificamente, tendo em vista as aulas de campo, integrando mais as práticas para despertar mais interesse dos residentes, porque acontecem muitas dificuldades e também dos serviços para recebê-los” (Preceptor 2).

“Tem que se investir nos preceptores, estão muito tempo sem receber nenhum tipo de investimento, muitas vezes não tem a pós-graduação do que estão fazendo, a questão salarial é péssima, o residente recebe quase a mesma coisa que o preceptor. Eu não acho que a nossa formação tenha que ser dentro de uma unidade de saúde modelo, o problema é a defasagem dos profissionais que estão lá dentro e isso compromete horrores a formação” (Residente 1).

Os sujeitos entrevistados apontam ainda *a necessidade de qualificação dos espaços de ensino efetivados através das aulas e seminários* (2 de 4 preceptores e 2 de 4 residentes). Os aspectos apontados são: a necessidade de maior sistematização dos planos de ensino; a existência de rupturas entre os espaços de ensino com ênfase teórica e a realidade dos serviços e das práticas de saúde nos serviços; a pequena ênfase dada aos programas de saúde da atenção básica. Os depoimentos a seguir evidenciam as lacunas referentes ao processo de formação nos espaços com ênfase teórica:

“Agora a gente está discutindo um dos espaços de discussão teórica da Residência, se montou uma comissão. Nesse espaço os profissionais que dão aula eles não estão na prática. A gente fez um seminário de avaliação da Residência com todas as ênfases e um dos pontos que foi muito levantado é um espaço de discussão que ele é separado da discussão de caso, da pesquisa, é pouco utilizado as experiências que os residentes já trazem” (Preceptor 3)”

“Eu peguei a transição do modelo do núcleo (de Serviço Social) (...) Então, ninguém tinha uma proposta, ninguém tinha um cronograma, não tinha uma linha de distribuição ao longo do ano. A gente tentou ir construindo, e me pareceu que ficou um espaço muito defasado nesse sentido (...). Eu achei muito fraco, me senti desamparada.” (Residente 1)

Do conjunto dessas lacunas apontadas pelos entrevistados podemos concluir que a superação das mesmas está diretamente relacionada com um processo permanente de avaliação e investimento na formação que vem sendo desenvolvido por estes programas. Em especial, destaca-se que a maioria delas está associada à inexistência ou ao pequeno suporte dado aos trabalhadores que atuam diretamente no ensino, seja no que tange à oferta efetiva de educação permanente, como

também na qualificação das relações de trabalho, o que abarca tanto as condições atuais dos serviços de saúde, como a remuneração. No que diz respeito à necessidade de qualificação dos espaços com ênfase teórica, identificamos que as críticas são, sobretudo, em relação ao pouco planejamento e sua articulação com a realidade dos serviços, considerando que este deve ofertar suporte para o ensino em serviço.

### 5.1.3 Contribuições da RMS para a qualificação do trabalho dos assistentes sociais

Dentre os residentes que participaram da pesquisa através dos questionários<sup>62</sup>, a grande maioria (80%) avalia positivamente a formação em RMS, afirmando que esta possibilita a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências para a efetivação do modelo assistencial previsto pelo SUS. Há uma pequena parcela que avalia que a RMS possibilita parcialmente essa aquisição (13,33%).

No que tange às principais contribuições da formação para a aquisição de competências para a efetivação do modelo assistencial, os residentes referem os seguintes aspectos, representados no gráfico a seguir:

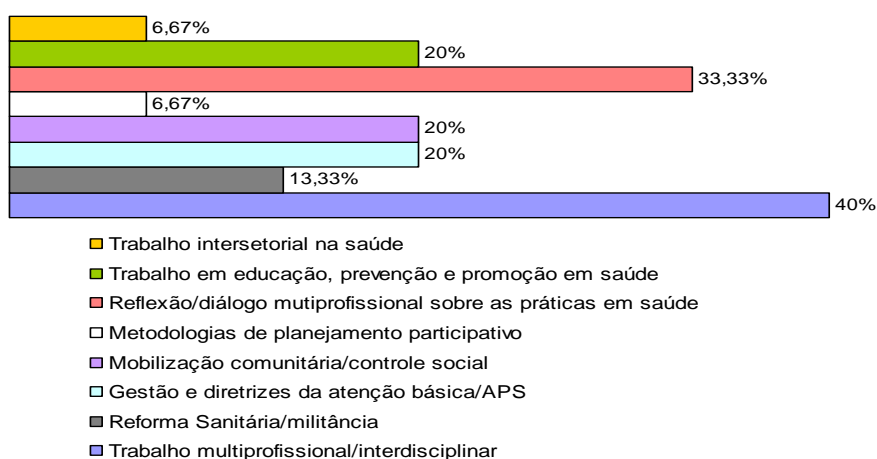


Gráfico 3: Competências e saberes adquiridos na RMS

Fonte: Pesquisa de campo.

<sup>62</sup> 6,67% não responderam a questão referente à avaliação da formação em RMS.

A efetivação de *interfaces entre as profissões envolvidas na atenção em saúde* consiste na competência citada pela grande maioria dos residentes (73,33%), o que se evidencia no desenvolvimento do trabalho multiprofissional/interdisciplinar e de processos integrados de reflexão/diálogo sobre as práticas em saúde. Em seguida, totalizando 40% das competências referidas, estão aquelas que abarcam as *dimensões da atenção e do trabalho* em saúde que *transcendem a assistência voltada para a recuperação*, quais sejam: o enfoque para a educação, prevenção e promoção em saúde (20%), para a mobilização comunitária/control social (20%) e para a intersetorialidade (6,67%).

Este aspecto das competências adquiridas está relacionado com a organização dos processos de trabalho/ensino, conforme abordado anteriormente. Em especial, a vivência mais marcante é a construção conjunta e coletiva das ações em saúde, em especial aquelas que se articulam em torno da perspectiva de campo, pois abrangem as abordagens grupais voltadas para a realidade do território e da população atendida. Compreendemos que, deste modo, a RMS favorece a aquisição de competências direcionadas para a diversificação de estratégias assistenciais em saúde, como discutimos anteriormente no item 2.3, com base no modelo assistencial previsto na lei orgânica de saúde.

Podemos identificar também, com menor frequência (26,67%), competências e saberes que fazem referência à atenção básica, tal como as diretrizes e a gestão dos serviços (20%) desse nível do SUS, juntamente com a utilização de metodologias de planejamento com enfoque participativo (6,67%). A apreensão da Reforma Sanitária aliada à militância em saúde foi também abordada como uma competência adquirida na RMS, porém em menor número (13,33%). Consideramos que estes dados merecem atenção, tendo em vista que, apesar da formação estar voltada para esta área do SUS, as competências referentes especificamente à atenção básica são pouco enfatizadas. Contudo, podemos considerar que a efetivação de interfaces profissionais e a ênfase para a promoção e prevenção em saúde guardam coerência com as diretrizes colocadas para o trabalho das equipes de atenção básica, bem como compõem o processo de afirmação da integralidade, conforme discutido anteriormente (item 3.1).

Os depoimentos dos residentes e preceptores entrevistados também reforçam a ênfase para as competências relativas ao trabalho coletivo em saúde, assim como o direcionamento deste para a materialização das diretrizes do SUS:

“O profissional que sai da residência é impossível ele entrar de uma forma e sair igual, aquilo mexe muito contigo, esse trabalho integral, a parte do ensino, tu ter os currículos integrados, profissionais de várias áreas, de unidades diferentes, de realidades diferentes. Na própria unidade de saúde, tu fazer os seminários de campo, que mistura todos os residentes da unidade. Isso tudo contribui. A gente sai com uma preparação para trabalhar em saúde, para conhecer SUS, para conhecer tudo o que já foi construído. Para conhecer todos os problemas que têm que serem modificados e também conhecer todos os princípios, integralidade, universalidade, equidade, isso tudo a gente vai se aproximando e vai fazendo essa aproximação prática e teórica” (Residente 4).

Outro aspecto das contribuições da formação em RMS consiste na qualificação que esta proporciona para o trabalho profissional dos assistentes sociais, em especial para a atuação diretamente na atenção básica. Sobre este aspecto, os depoimentos da totalidade dos preceptores e de residentes (4 de 4 de cada subgrupo) enfatizam a configuração atual dessa área do SUS e as tendências para o trabalho da profissão, marcadamente sobre as restrições atuais de participação nas equipes de ESF e as possibilidades de inserção nos NASFs.

Dentre os depoimentos dos residentes, a totalidade dos sujeitos (4 de 4) refere que a formação realizada contribuirá para o trabalho em ambos os modelos, embora a maioria dos residentes (3 de 4) pondere sobre a necessidade de maior aprofundamento sobre a materialização do trabalho do assistente social em arranjos de apoio matricial:

“A nossa formação é mais para a assistência direta, agora no modelo NASF claro que contribui, porque você tem toda uma bagagem, mas eu acho que isso teria que ter uma formação a mais. É um modelo diferente, a gente está caminhando para isso, não adianta a gente querer o modelo anterior. A característica própria do Serviço Social contribui para isso, a própria residência, sempre trabalhar em equipe, trabalhar junto, com outros saberes e juntos constituir um saber, acho que o Serviço Social consegue trabalhar com isso bem, mas claro, tem que ter uma formação. Pegar uma pessoa que nunca trabalhou com isso para trabalhar no modelo de NASF, de matriciamento, não vai ser fácil. Até quando o pessoal começou a conversar aqui ‘olha, vamos implantar NASF’, todo mundo começou meio a se arrepiar ‘Como é que vai ser?’. Não sei, vamos ter que construir esse processo, não está pronto em lugar nenhum. (Residente 2).”



Entre os preceptores, todos (4 de 4) avaliam positivamente a formação dos assistentes sociais nos programas pesquisados, referindo que esta oferece aportes para os egressos inserirem-se na atenção básica, nos diferentes modelos/serviços que a compõem. Demarca-se também que a metade dos entrevistados (2 de 4) referem a relevância da inserção de assistentes sociais nos NASF's, visualizando estes núcleos como espaços estratégicos para a ampliação da participação dessa profissão na ESF:

“Hoje a ESF está chamando o assistente social para trabalhar em matriciamento. É uma pena, mas é um espaço a ser conquistado. O que tem sido visto hoje? A maioria dos NASFs que estão sendo formados tem assistente social, os que não contrataram como primeiros profissionais acabaram depois tendo que contratar. Porque no desvendamento da questão social as equipes sentem falta de um profissional que tenha este tipo de preparação. Com toda a questão de mudança de modelo assistencial, não tem como tu não entender o sujeito como um todo. Eu acho que vai se provar, no decorrer do tempo, que esse profissional, ele tem que estar dentro da equipe mínima, mas a gente vai provar isso de forma mais lenta do que hoje está no discurso. Porque hoje tu estar dentro da equipe mínima da ESF é muito mais uma discussão corporativa, tu não tem construção, o assistente social não tem acúmulo nessa área, então esse acúmulo vai se dar quanto tu tiver implantado a ESF, tu tiver os NASFs funcionando, tu tiver eles com o assistente social e as equipes começarem a pedir que o assistente social tem que estar lá na ponta. (Preceptor 1)”

Os depoimentos sinalizam para a relevância de que as práticas profissionais desenvolvidas nas RMS possam ser alvo de sistematização e problematização, tendo em vista adensar a produção de referências teórico-práticas para a inserção do Serviço Social no âmbito da atenção básica. Em especial, o trabalho pautado no matriciamento tem mobilizado debates, dada a tendência de inserção da profissão nos NASFs, ao passo que são incipientes as produções que enfoquem experiências profissionais nessa área.

Além desses aspectos, buscamos também analisar, junto aos residentes, as contribuições da formação realizada em RMS para o exercício profissional que desenvolvem atualmente. Dentre os residentes que participaram da coleta por meio do questionário, parcela significativa (40 %) avalia que a formação contribui para a atividade profissional realizada atualmente<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Para a análise destes dados cabe considerar que 40% dos residentes não haviam concluído a residência, sendo que 6,67% dos egressos não exerciam atividade profissional no momento e ainda 13,33% dos sujeitos não responderam a esta questão.

Dentre os egressos da RMS que referem exercer atividade profissional, a grande maioria (83, 33%) continua vinculada à área da saúde<sup>64</sup>. Dentre estes, a metade trabalha diretamente no SUS<sup>65</sup> e menor parcela (33,33%) desenvolve formação pós-graduada na área da saúde<sup>66</sup>. Os residentes entrevistados, egressos das RMS, também demarcam as contribuições da formação realizada para a atividade profissional desenvolvida atualmente, como podemos visualizar a seguir:

“Por exemplo, eu estou trabalhando na habitação, eu tenho muita noção de territorialização, assim como eu tenho muito claro a importância de um trabalho intersetorial. Enfim, o SUS é uma política pública muito completa, e de certa forma essa formação nos qualifica para trabalhar em qualquer outra política pública, por conta das suas diretrizes básicas, universalidade, direitos, várias coisas, eu consegui visualizar muitas coisas, principalmente nessa questão da territorialização.” (Residente 1)

“(...) eu estou trabalhando no SUS hoje por causa da Residência. Eu entrei na seleção, foram chamados vários assistentes sociais e o pré-requisito era ter experiência em Residência, nessa formação em Saúde Coletiva. Então já é uma forma, existem profissionais que já estão valorizando essa especialização e sabem do diferencial do profissional que se forma nessa área.” (Residente 4)

Em síntese, podemos destacar que a formação em RMS, na percepção dos assistentes sociais, possibilita a qualificação do trabalho profissional tanto para a atuação no SUS como para outros espaços sócio-ocupacionais. As experiências formativas proporcionadas pela RMS oferecem aportes para o trabalho interdisciplinar e em equipe, para a compreensão/reflexão das competências profissionais e para o desenvolvimento de ações assistenciais com diferentes enfoques, pautadas na interdisciplinaridade, entre outras competências, como a “noção de territorialidade”, destacada pelo depoimento anteriormente citado.

## **5.2 Materialização do trabalho profissional nas equipes de atenção básica**

A abordagem do trabalho profissional realizado pelos assistentes sociais no contexto das Residências Multiprofissionais assenta-se na discussão realizada no item 3.2 dessa dissertação. Em especial, a análise dos dados enfatiza os seguintes

---

<sup>64</sup> Os demais 16,67% atuam em ONG na área de direitos humanos/GLBT.

<sup>65</sup> 16,67% na gestão municipal, 16,67% na atenção básica como preceptor de RMS e 16,67% na rede hospitalar.

<sup>66</sup> 16,67% no 3º ano da RMS e 16,67% Mestrado.

aspectos: a intencionalidade do trabalho profissional, as ações profissionais realizadas nas equipes multiprofissionais, a abordagem pelos assistentes sociais acerca do objeto do trabalho profissional, bem como a particularidade e relevância deste trabalho na atenção básica em saúde.

### 5.2.1 Intencionalidade profissional

A abordagem desta temática como um dos eixos que compõem o trabalho profissional foi enfocada tanto na coleta de dados através dos questionários, como nas entrevistas. Procuramos, inicialmente, analisá-la a partir da escolha dos residentes acerca dos valores e princípios que direcionam a ação profissional, selecionados dentre o Código de Ética Profissional e dentre as diretrizes e princípios do SUS, como apresentamos no gráfico a seguir:

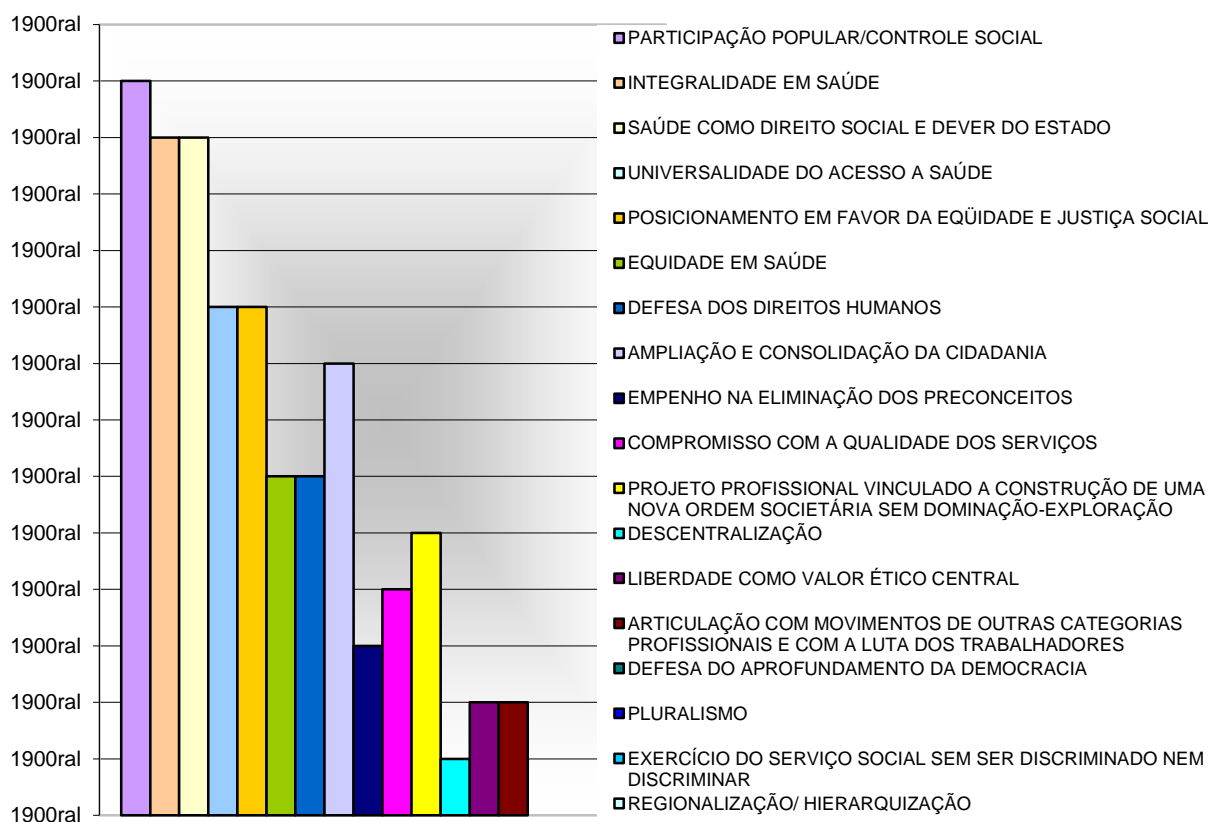


Gráfico 4: Princípios e valores que orientam o trabalho dos assistentes sociais na RMS (múltipla escolha simples com indicação de seleção de até 8 opções entre 18 opções listadas).

Fonte: Pesquisa de campo.

Cabe destacarmos que os três princípios e valores mais escolhidos pelos residentes como intencionalidade no trabalho profissional compõem as diretrizes do SUS, quais sejam: participação popular/controlado social, integralidade em saúde, saúde como direito social, seguida pela universalidade do acesso. Além disso, dentre os cinco princípios mais elencados, somente um compõe o universo de princípios do Código de Ética Profissional (posicionamento em favor da equidade e da justiça social).

A análise comparativa dos dados, entre princípios do Código e do SUS, demonstra que os princípios priorizados pelos residentes no trabalho são: a participação popular/controlado social (13), seguido da integralidade e da saúde como direito social (12); o posicionamento em favor da equidade e justiça social (9), seguido da ampliação e consolidação da cidadania (8). Nessa linha, podemos estabelecer mediações entre estes princípios mais selecionados pelos assistentes sociais residentes, visualizando-os como os principais eixos da direção social do trabalho profissional.

A articulação entre as diretrizes do controle social/participação no SUS e o direcionamento ético-político em favor da equidade e justiça social constitui-se em premissas que se materializam na disputa de segmentos da sociedade na afirmação da gestão democrática das políticas públicas. Ou seja, o tensionamento pela ampliação das respostas estatais ao campo dos direitos é uma luta contemporânea fundamental no sentido de superar desigualdades, processo indissociável da afirmação da equidade e justiça social.

Nesta linha, a saúde como um direito social e sua abordagem integral articula-se à ampliação e consolidação da cidadania, como podemos observar no gráfico. A integralidade, reiteramos, funda-se em movimentos de apreensão e atenção totalizantes das necessidades de saúde e, portanto, diretamente associada ao acesso a serviços, aquisições capazes de promover autonomia e emancipação dos sujeitos sociais. Desta forma, a integralidade do direito à saúde articula-se a uma perspectiva de cidadania que consiste na possibilidade efetiva dos sujeitos “se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as possibilidades de realização humana abertas pela vida social em dado contexto historicamente determinado. (COUTINHO, 2008, p. 50-51). Portanto, esse processo é indissociável

da consolidação da democracia, conceito correlato ao de cidadania para este autor (2008).

Outra perspectiva de análise consiste na comparação entre as frequências referentes aos princípios do SUS e do projeto profissional, da qual destacamos que os princípios do SUS são mais priorizados que as premissas do Código de Ética (totalizando 53 e 39 frequências absolutas respectivamente). Além disso, três princípios do Código de Ética não foram escolhidos (pluralismo, exercício do Serviço Social sem ser discriminado nem discriminar e defesa do aprofundamento da democracia) em contraposição a apenas um princípio do SUS que não foi citado (regionalização/hierarquização).

A ênfase para as diretrizes do SUS também pode ser evidenciada nos dados qualitativos coletados junto aos preceptores. Quando indagados sobre os princípios que orientam seu trabalho, a maioria dos entrevistados (3 de 4) aborda prioritariamente as diretrizes dessa política:

“(...) dentro dos princípios do SUS, se a gente pensar, são todos, mas a gente pensa na universalidade, na equidade, na integralidade, na participação popular que a gente não pode deixar, que eu acho que é uma coisa que está sempre grudada no Serviço Social, no nosso fazer (...) a questão do controle social é uma coisa que a gente trabalha muito” (Preceptor 2).

Os dados apontados até então poderiam indicar que há uma predominância dos princípios do SUS sobre o Código de Ética. Contudo, devemos ponderar sobre a implicação entre tais princípios, conforme discutido no item 3.2 dessa dissertação. Por exemplo, isto se expressa no direcionamento de ambos os projetos - Reforma Sanitária e Projeto Profissional - para a efetivação de premissas como democratização, cidadania e afirmação de direitos. Cabe considerar também que a direção social destes projetos é balizada pela articulação entre os princípios e valores que os compõem, os quais são indissociáveis e adquirem densidade se apreendidos de forma totalizante.

Contudo, a ênfase para dados princípios e valores, como expresso no gráfico e no depoimento dos sujeitos, nos leva a inferir que aqueles se configuram como os principais eixos pelos quais a direção social desses projetos é mediada e materializada nas ações profissionais. Por exemplo, se analisarmos os princípios: participação popular (mais selecionado) e Defesa do aprofundamento da democracia

(que não foi selecionado) podemos constatar uma implicação entre ambos os princípios. Esta implicação também foi ressaltada no depoimento dos preceptores:

“Eu vejo muito a semelhança no próprio projeto ético-político da profissão para o projeto até de sociedade que o SUS idealiza, que teria que contemplar. Porque se tu vai colocar em prática mesmo o SUS que foi idealizado na reforma sanitária tu vai estar falando até de um outro modelo de sociedade que é um modelo que também a gente espera no projeto ético político. Então se tu for pensar nesses aspectos mais gerais, de princípios, de valores, do caminho que tu tem que seguir, eu acho que então, por isso, eu saco então esse diferencial que o curso, que a formação do Serviço Social proporciona” (Preceptor 3).

Consideramos que essa implicação favorece a inserção dos assistentes sociais no contexto de uma formação multiprofissional como residência, tal como a busca pela realização de ações conjuntas com demais trabalhadores, com a afirmação da perspectiva de um trabalho coletivo na saúde, que passa necessariamente pelo estabelecimento de objetivos e princípios em comum no trabalho em equipe.

Nessa linha, ganha relevo o plano da mediação entre a intencionalidade profissional expressa e sua efetivação no trabalho profissional, ou seja, o enunciado de valores ganha concretude se materializado no plano do exercício profissional, das ações profissionais efetivadas na interface com demais profissões da saúde. Desta forma, no próximo item, também buscaremos articular e analisar como a intencionalidade expressa pelos assistentes sociais se materializa em ações profissionais.

### *5.2.2 Ações profissionais*

A coleta através do questionário priorizou a abordagem do trabalho profissional através do enfoque para a inserção dos assistentes sociais nas *ações em saúde das equipes de atenção básica*, procurando identificar o nível de participação da profissão nestas ações. O gráfico a seguir procura dar visibilidade a estes dados:

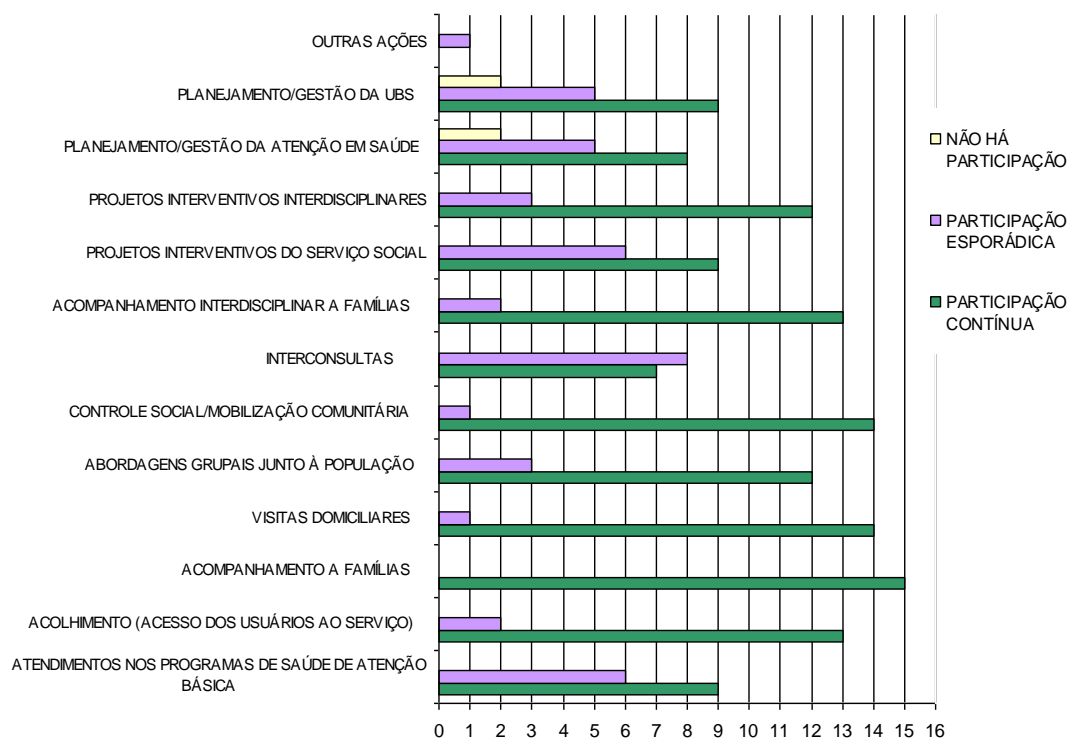


Gráfico 5: Participação dos assistentes sociais nas ações em saúde na atenção básica.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que tange às ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, destacamos que o acompanhamento a famílias foi escolhido pela totalidade dos residentes (100%) como atividade contínua, seguida das ações relativas ao exercício do controle social na saúde e da realização de visitas domiciliares (93,33%). Após, as ações mais freqüentes são a realização do acolhimento aos usuários e do acompanhamento interdisciplinar a famílias (86,67%), da participação em projetos interdisciplinares e de abordagens grupais junto à população (80%).

Essas ações podem ser associadas à análise anterior sobre os polos articuladores do ensino em serviço, em especial à organização a partir de campo e núcleo das ações assistenciais e ao planejamento conjunto destas ações. Nessa linha, destacamos que os dados do gráfico indicam que as ações relativas ao acompanhamento às famílias e a execução de projetos interventivos são em grande parte desenvolvidas de forma integrada com demais profissionais, assim como as abordagens grupais, que integram as ações do campo.

Podemos inferir também que a ênfase para a realização de visitas domiciliares constitui-se numa estratégia para o acompanhamento familiar, assim

como indica uma inserção pró-ativa dos assistentes sociais nos territórios, o que favorece a percepção das necessidades da população adstrita, bem como a vinculação com esta. Já a realização do acolhimento aos usuários indica a participação em estratégias de ampliação do acesso destes ao serviço de saúde, bem como de alterações nos processos de trabalho de saúde.

As ações mais selecionadas como esporádicas pelos assistentes sociais são a realização de interconsultas (53,33%), seguidas da realização de projetos interventivos do Serviço Social e da participação em programas de saúde da atenção básica (40%), planejamento e gestão da atenção e do serviço de saúde (33,33%).

Destaca-se, ainda, que somente duas ações que apresentamos no questionário foram selecionadas pelos residentes como não integrantes das atividades profissionais dos assistentes sociais na atenção básica, quais sejam: planejamento e gestão da UBS e da atenção em saúde. Contudo, o percentual de assistentes sociais que referem essas ações como contínuas ou esporádicas é superior aos que referem a não participação nelas, como podemos observar no gráfico. Se analisarmos o conjunto das ações listadas e qualificadas pelos residentes, podemos identificar que em 84,62% a participação contínua dos assistentes sociais é superior à participação esporádica.

Outro aspecto possível da análise refere-se à articulação entre intencionalidade e ação profissional, o que nos leva a tecer mediações que indiquem a materialização dos princípios profissionais elencados como direção social com as ações mais destacadas como contínuas.

Podemos inferir que a ênfase dada pelos assistentes sociais para as ações de mobilização da população e controle social se expressa de forma bastante direta na busca por consolidar a diretriz da participação popular no SUS. A partir dos dados qualitativos, identificamos que a principal estratégia adotada neste sentido consiste no fortalecimento dos conselhos locais de saúde, inclusive na realização de planejamento dos serviços junto com a comunidade.

O acompanhamento às famílias, articulado com a realização de projetos interventivos, visitas domiciliares e as abordagens grupais constituem-se em ações potencialmente voltadas para a afirmação da integralidade. Essas ações fortalecem a possibilidade de qualificação da atenção básica em saúde porque têm como eixos



o foco para a família e o território/comunidade, e a dimensão coletiva das necessidades de saúde da população usuária. A partir dos depoimentos, é possível identificar que a vivência dos residentes nos serviços é marcada por movimentos permanentes de reflexão e proposição de ações voltadas para a realidade particular da população atendida, processo diretamente relacionado com a integralidade.

Além dessas ações, podemos destacar que a participação dos assistentes sociais na estratégia de acolhimento indica a busca pela materialização da equidade, na medida em que visa ao fortalecimento do acesso ao serviço de saúde.

No que tange à análise qualitativa, não foram identificadas, nos depoimentos dos residentes e preceptores, ações que não pudessem ser categorizadas naquelas apresentadas no gráfico. A abordagem desses dois grupos enfoca que as ações profissionais integram ações coletivas da equipe, dando destaque para o enfoque interdisciplinar do trabalho. Estes aspectos podem ser identificados nos depoimentos a seguir:

*“Na verdade o Serviço Social na (instituição X) é uma profissão que trabalha interdisciplinar (...) o teu espaço de núcleo ele é muito pequeno, porque mesmo naquilo que tu faz que é específico tu tem que ter um olhar que é conjunto, que é aquela visão de estar discutindo caso, de tu estar preparando grupo em conjunto (...) o Serviço Social está envolvido hoje na gestão, no ensino, no cuidado, tanto no cuidado individual quanto nas ações coletivas, a gente tem toda uma participação no planejamento das ações, na parte de controle social (...)” (Preceptor 1)*

*“(...) o olhar para o assistente social que entra como residente, não é um olhar de um colega, digamos assim, é um olhar de uma pessoa que está indo lá para aprender, então a pessoa vai se inserir nos espaços que se acha mais importante para aprendizagem, como por exemplo, atendimento que faz no ambulatório, a gente se inserir em programas, se inserir em grupos que a gente faz com a comunidade, discutir os casos, enfim, faz a troca multiprofissional, interdisciplinar (...) (Residente 2).*

Os dados quanti-qualitativos acerca das atividades profissionais apontam que há uma inserção ampla e contínua dos assistentes sociais em diferentes ações desenvolvidas na atenção básica, com destaque para abordagens relativas ao controle social/mobilização comunitária e à saúde da família. Os dados também indicam que essas ações são operacionalizadas através de abordagens grupais, projetos interdisciplinares, acompanhamento às famílias integrado entre os profissionais da equipe e também realização de visitas domiciliares.

Entendemos que a diversificação de ações profissionais associa-se à ênfase dos entrevistados ao enfoque interdisciplinar do trabalho profissional, ou seja, esta diversificação possibilita maiores interfaces entre as áreas profissionais inseridas na equipe. Soma-se a esta questão o depoimento indicando que a inserção nas ações da atenção básica é orientada pelo processo de ensino-aprendizagem da Residência, possibilitando assim diferentes ações profissionais a serem construídas pelos residentes multiprofissionais.

Contudo, cabe ressaltarmos que as ações relativas ao planejamento/gestão da atenção em saúde e do próprio serviço (UBS), juntamente com a inserção em programas de saúde da atenção básica (tais como saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, entre outros) são questões que poderiam ser alvo de atividades profissionais mais sistemáticas, inclusive oferecendo aportes para a qualificação dessas ações, como também ampliando as experiências formativas dos residentes de Serviço Social na RMS.

Outro aspecto presente nessa discussão é a articulação entre as competências adquiridas no processo de formação da RMS com as ações desenvolvidas pelos residentes. A ênfase para a interface entre as profissões envolvidas na atenção em saúde, conforme analisado anteriormente, está diretamente associada com a forma compartilhada de materialização das ações profissionais, as quais integram processos coletivos de trabalho como, por exemplo, os projetos interventivos e o acompanhamento interdisciplinar a famílias.

Já o domínio de habilidades para efetivar uma atenção em saúde que transcenda a recuperação, funda-se na diversificação das ações profissionais, em especial, aquelas desenvolvidas no território e as com enfoque grupal. No que tange às competências referentes às diretrizes e à gestão da atenção básica, citadas em menor frequência, podemos inferir que estas estão associadas também à participação esporádica nas ações profissionais referentes à gestão e ao planejamento.

Desta forma, as ações profissionais vivenciadas nas equipes de saúde e as competências desenvolvidas a partir do processo de ensino da RMS são elementos fundamentais no processo de qualificação da intervenção dos assistentes sociais no SUS. Acreditamos que este processo deve ser norteado pelo desafio de ampliar as respostas profissionais às demandas emergentes da questão social, processo que

implica clareza do objeto de trabalho e de como este se refrata no espaço sócio-ocupacional do SUS. Evidenciamos, portanto, a necessidade de que o trato do objeto, a partir de ações e do desenvolvimento de competências para sua consecução, precisa ser trabalhado de modo articulado.

### 5.2.3 Objeto do trabalho

Nesse horizonte, outro aspecto da abordagem do trabalho dos assistentes sociais refere-se à compreensão sobre o *objeto profissional*. Dos 15 sujeitos que participaram da coleta através dos questionários, a maioria (60%) identifica a questão social como matéria profissional, sendo que os demais não a abordam explicitamente. Dentre os sujeitos que apontam a questão social como objeto de trabalho, grande parte destes estabelecem mediações entre saúde e questão social (46,67% dos sujeitos), os quais, em sua maioria, enfatizam a determinação social do processo saúde-doença.

Dentre os residentes que não apontam a questão social como objeto de trabalho, a maior parcela (26,67%) refere conteúdos que podem ser analisados como objetivos do trabalho profissional na saúde, e pequena parcela (13,33%) dos profissionais apontam outras abordagens de objeto profissional. Tendo em vista dar visibilidade a estes dados, os representamos no quadro que segue:

CONCEPÇÕES DE OBJETO PROFISSIONAL	EXEMPLO DE DEPOIMENTO	FREQ.
<b>Questão social mediada com a saúde</b>	“São as <i>múltiplas expressões da questão social</i> , sendo que na saúde ela <i>se expressa na determinação social do processo saúde-doença</i> . Portanto, a falta de políticas públicas de qualidade, como de habitação, saneamento, educação, saúde, entre outros, impactam diretamente na população e no seu processo saúde/doença, por isso, a importância de termos um conceito ampliado de saúde, que não se reduz apenas na doença, mas também na promoção, prevenção e qualidade de vida (Sujeito 1)”	46,67%
<b>Questão Social</b>	“Assim como nas outras políticas públicas é as expressões da <i>questão social</i> ” (Sujeito 6)	13,33%
<b>Objetivos profissionais</b>	“O <i>acesso à garantia do direito à saúde</i> no seu conceito ampliado” (Sujeito 14)	26,67%
<b>Outras abordagens</b>	“ <i>Relações sociais de exclusão</i> por doenças e agravos à saúde” (Sujeito 10)	13,33%

Quadro 6: Concepções de objeto profissional.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Cabe reiterarmos, do conjunto dos dados, que embora a maioria dos sujeitos (60%) aponte a Questão Social como objeto, seja mediada com saúde ou vista de forma abstrata, há um número significativo de residentes (40%) que não a enfocam. No que tange à percepção dos preceptores sobre este tópico, a maioria deles (3 de 4) refere objetivos profissionais quando indagados sobre o objeto profissional, ao passo que, ainda, pequena parcela (1 de 4) identifica as relações sociais como objeto das ações profissionais. Contudo, é importante destacar que a maioria dos preceptores (3 de 4) faz referência à questão social nos depoimentos, embora não a enfatize explicitamente como objeto profissional.

A ênfase para os objetivos profissionais fica expressa no depoimento que segue:

“a gente do Serviço Social uma das coisas que a gente objetiva é a qualidade de vida da população, tentar trabalhar para melhorar a saúde dessa população, e aí a gente tenta trabalhar dentro dos princípios do SUS, tentando atingir um pouquinho dos princípios do SUS para melhor poder servir essa população, pra nós a qualidade de vida é o objetivo principal, porque a gente não pensa só na doença, a gente pensa na questão da prevenção.” (Preceptor 2)

Do conjunto dos dados quanti-qualitativos sobre o objeto do trabalho dos assistentes na RMS, dois aspectos merecem destaque: o limite tênue de diferenciação entre objeto e objetivos profissionais e a pequena explicitação de mediações entre questão social e a realidade particular do espaço sócio-ocupacional, ou seja, a articulação entre objeto e as demandas e necessidades de saúde dirigidas à atenção básica. Estes aspectos podem estar associados com a formação graduada, assim como podem ser acentuados pelo contexto do trabalho em equipe voltado para integração de saberes e práticas. Ou seja, podem indicar dificuldades no processo de apreensão e construção de mediações entre questão social e realidade concreta ou, ainda, de visualização do objeto profissional em ações compartilhadas com outros profissionais. A ênfase para a explicitação de objetivos como objeto profissional parece reforçar essa tendência.

Acreditamos que esses aspectos devem ser alvo de problematização nos espaços de ensino da RMS, pois elucidam o planejamento e a qualificação das ações profissionais. Em especial, podem ser foco da formação de núcleo do Serviço Social, ou seja, perpassarem o processo de ensino-aprendizagem nos espaços com ênfase teórica e nos de ensino em serviço, na preceptoria.

Ademais, em um contexto de formação pós-graduada para assistentes sociais na área da saúde, a apreensão das mediações entre questão social e suas particularidades no âmbito do SUS, a qualificação das repostas profissionais ao conjunto de desigualdades e resistências sociais que refratam no âmbito do processo saúde-doença, são fundamentais. É através desse processo que se movimenta a particularidade da atuação dessa profissão.

Cabe reiterarmos que a formação em RMS direciona-se tanto para a construção e qualificação de competências compartilhadas na equipe como também para as competências e ações de cada profissão inserida na equipe. Neste horizonte, passaremos à análise da particularidade e da relevância do trabalho dos assistentes sociais no âmbito dessa modalidade de formação.

#### *5. 2.4 Particularidade e relevância do trabalho*

Dado o contexto de formação multiprofissional da Residência, buscamos analisar como os assistentes sociais identificam a particularidade do trabalho desenvolvido, o qual se efetiva na interface com as demais profissões. Cabe reiterarmos, como discutido anteriormente (item 3.2), que esta particularidade é social e historicamente determinada, delineada pela direção social do projeto profissional, pela configuração da formação graduada para esta área, assim como pelas competências e atribuições previstas legalmente para o exercício profissional. Além disso, a particularidade profissional também é definida de acordo com as características dos processos de trabalho dos quais o assistente social participa, das necessidades e demandas sociais dirigidas aos espaços sócio-ocupacionais nos quais intervém.

Neste horizonte, considerando o contexto dos processos de trabalho e ensino efetivados na RMS, e buscando analisar o conjunto dos depoimentos dos assistentes sociais residentes e preceptores, identificamos duas formas distintas de expressão da particularidade do trabalho profissional, quais sejam: uma forma estática e uma dinâmica de particularidade, que se delineia na interface das ações das equipes multiprofissionais.

A forma de expressão que denominamos como estática relaciona-se, nos depoimentos dos entrevistados, com a preocupação em demarcar espaços profissionais, com o reconhecimento e legitimidade destas ações perante a equipe. Enfatiza, ainda, as ações específicas, na linha dos atos privativos de cada profissão, assim como salienta saberes relacionados com as demandas dirigidas ao Serviço Social, por vezes de forma estereotipada, como, por exemplo, o atendimento das populações mais pauperizadas que acessam o serviço, as informações sobre recursos sociais, entre outros.

Essa forma de expressão da particularidade profissional foi pouco identificada entre os preceptores (1 de 4) e está presente na metade das abordagens dos residentes sobre essa temática (2 de 4). O trecho a seguir dá visibilidade a esta questão:

“A gente consegue ter uma postura crítica, fazer questionamentos pertinentes, bom, pela nossa formação em si, essa coisa de pensar a questão social (...) mas a minha sensação é que a gente tem que estar o tempo inteiro provando o porquê que a gente tem que estar lá, me parece que a gente tem que estar defendendo o tempo inteiro, porque a gente não é um profissional que está na estratégia de saúde da família (...) eu acho que muito disso vem nas aulas, a gente traz isso como residente, de ter que mostrar o porquê que a gente está aqui, e na equipe é assim também, no momento em que meio que tu sai de cena, as pessoas já pensam que talvez nem precisasse mesmo, entendeu? ‘ah qualquer um pode’. Eu acho que a gente tem que defender o nosso espaço e tem que estar o tempo inteiro falando e se mostrando.” (Residente 3)

“(...) tu não pode simplesmente compartilhar e não estar decodificando para os teus colegas que não são da mesma área que a tua essa divisão, tu tem que dizer para eles o que é papel do Serviço Social, porque se a gente não delimita território, e aí qualquer um pode fazer.” (Preceptor 4)”

Podemos observar que, nos depoimentos, a forma de ser dessa particularidade está associada à materialização do trabalho dos assistentes sociais em contextos em que os processos de trabalho apresentam maior direcionamento para o modelo procedimento-centrado, nos quais se evidencia uma maior fragmentação entre as áreas profissionais, sendo mais restrita a construção de um campo comum de saberes e práticas, bem como a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Além disso, podemos inferir que, diante da hegemonia deste modelo, a particularidade do Serviço Social, além de tender à forma estática, fica também restrita, pois é igualmente restrito o espaço de uma atuação voltada para a

determinação social do processo saúde-doença no conjunto da equipe. Cabe aqui refletir que o convívio das profissões em equipe tenderia a tensionar este modelo, sobretudo no contexto da RMS, o que revela que a mudança das práticas em saúde é processual e contínua.

Em direção distinta, se coloca a forma dinâmica de particularidade profissional. Por particularidade dinâmica, entendemos aquela que ocorre com o alargar e compartilhar do campo em comum entre as profissões, que está relacionada com o compartilhar competências e desenvolvê-las de forma conjunta no cotidiano dos processos de trabalho em saúde. Ou seja, a dinamicidade da particularidade profissional pressupõe não só um processo de trabalho em que existam ações comuns, mas também intencionalidades comuns e a construção de saberes comuns sobre a realidade de saúde da população, das demandas e das necessidades de saúde que esta população dirige ao serviço. Nesse processo, reiteramos, cada trabalhador deve reconhecer no outro a particularidade de seu trabalho, ou seja, confrontá-lo com as situações e necessidades concretas dos usuários, potencializando e integrando valores-de-uso de qualidade particular.

Esta forma dinâmica de particularidade do trabalho profissional foi identificada no depoimento da maioria dos preceptores (3 de 4), assim como nas falas de metade dos residentes entrevistados (2 de 4) e pode ser sintetizada na fala a seguir:

“ O que é particularidade? Pergunta difícil essa, porque às vezes eu via que as coisas meio que se misturaram. Às vezes eu via que eu achava que era atribuição do assistente social, eu via aquilo se espalhar entre outros profissionais, eu via, às vezes eles tão competentes quanto nós. Assim como às vezes eu me via competente para intervir em questões que não eram de assistente social e eu acho que isso é devido à questão da interdisciplinaridade. Quando uma equipe está coesa nessa parte tu enxerga o teu saber particular se espalhar, se perder entre outros profissionais. Isso só tinha a enriquecer porque, por exemplo, quando eu cheguei na unidade eu levei um susto que não tinha um arquivo do serviço social cadeado. E eu “como assim, como não tem isso?” e daí depois “não tem a sala específica do serviço social,” depois eu fui ver que não era isso, que não ia funcionar, não ia funcionar assim.” (Residente 4)

Ontem a gente estava fazendo uma escalinha para atividade educativa na escola, a gente senta e constrói junto para planejar, só que é tri difícil, falar é fácil, só que só para achar o horário é tanta coisa que para sentar e planejar é bem difícil. Mas assim, é uma equipe que tem um diferencial em relação às outras experiências, em termos de trabalho conjunto. Isso faz com que, por outro lado, tu não tenhas esses espaços específicos do serviço social. Já teve residente me questionando em relação a isso, é de repensar, mas ao mesmo tempo não deixamos de estar construindo identidade do serviço social. (Preceptor 3)

Do conjunto dos dados, fica demarcada a predominância de uma particularidade dinâmica do trabalho profissional. É importante observarmos que, no que tange às ações do Serviço Social, embora estas não sejam enfatizadas, no item anterior pudemos identificar que o espaço do que seria o núcleo refere-se ao atendimento específico dessa profissão à população, embora ainda este se direcione para um enfoque interdisciplinar. Isto não significa que não existam ações específicas do Serviço Social, relativas às atribuições profissionais resguardadas na Lei de Regulamentação, mas estas não foram enfatizadas nos instrumentos de coleta de dados da pesquisa.

Contudo, é importante refletir que a natureza da proposta formativa da RMS, que visa a compartilhar, pressupõe também nucleação constituída, ou seja, a profissão fortalecida para uma troca consistente, sob pena de recair numa lógica de indefinição das profissões, com prejuízo para as respostas às necessidades de saúde. Cabe também retomar, da análise do ensino em serviço, que a integração maior entre os residentes favorecia que a particularidade pudesse ser cada vez mais dinâmica, movimentada no processo de trabalho coletivo; contudo, são os próprios residentes que mais enfatizam a forma estática.

Após identificarmos a forma como a particularidade do trabalho se expressa nos contextos dos processos de trabalho buscamos também agrupar, do conjunto dos depoimentos dos entrevistados, aqueles conteúdos referentes às *abordagens e saberes profissionais particulares do Serviço Social* que se materializam no contexto da multiprofissionalidade das equipes.

Entre os residentes, os aspectos destacados pelos entrevistados foram: o posicionamento e a leitura crítica da realidade social (2 de 4 sujeitos); a contextualização das demandas e necessidades de saúde a partir do enfoque para relações com a totalidade social, a família e comunidade (4 dos 4 sujeitos); a abordagem da questão social (1 de 4 sujeitos); o conhecimento sobre redes sociais, das articulações entre serviços (1 de 4 sujeitos). Selecionamos o depoimento que segue, com o propósito de evidenciar como estas particularidades são mobilizadas nas ações profissionais:

“Eu acho que está muito nesse olhar diferenciado, não que os outros profissionais não tenham, mas a gente tem na nossa formação, está nas nossas competências a gente ter esse olhar mais ampliado, não olhar só o sujeito, perguntar da família “como é que vive a tua família” em condições sócio-históricas que nós estamos presentes, vamos



fazer essa relação. Por exemplo, na unidade que eu estava tinha a associação dos catadores de materiais recicláveis. O que é isso? Porque estão trabalhando dessa forma tão degradante que os catadores trabalham? Vamos fazer essa relação eles estão por opção? Não, é uma questão estrutural de desemprego, o lixo está ali disponível e junta a fome com a vontade de comer: o excesso de lixo nas nossas cidades e a necessidade daquele trabalhador de garantir a sua sobrevivência. Então, trazer esse olhar um pouco mais ampliado para além daquilo que está ali posto, eu acho que é o diferencial do assistente social para outros profissionais (Residente 4)”

Entre os preceptores, os aspectos destacados foram: a abordagem ampliada da saúde como um aporte da formação graduada (2 de 4 sujeitos); a abordagem acerca dos direitos e desigualdades sociais (2 de 4 sujeitos); a abordagem das relações sociais (2 de 4 sujeitos) e o desvendamento da questão social (1 de 4 sujeitos). O depoimento que segue expressa a percepção dos preceptores sobre esses aspectos:

“Esse diferencial, essa bagagem que proporciona um conhecimento prévio que vai facilitar, porque tu (assistente social) já tem isso. Tu vê muita coisa na tua formação, o planejamento e algumas outras coisas que a gente via na formação e que só mudava o nome, outros conceitos, por exemplo, o vínculo. Então, no primeiro semestre os residentes estudam a questão da Atenção Primária em Saúde (APS), e aí acho que quase todos os princípios da APS tu vai pensar em uma abordagem do serviço social. O que tu vai fazer num primeiro atendimento do serviço social? Vai tentar construir um vínculo, a longitudinalidade, tu vai pensar em um acompanhamento ao longo da vida, tu vai propor uma intervenção no tempo que tu estiver acompanhando aquela pessoa, sempre com essa idéia dinâmica de continuidade, enfim, parece que não era novo, muda o nome claro, é outro contexto e outro referencial, mas as coisas te são familiar de alguma forma (Preceptor 3)”

Outro aspecto refere-se às *ações e papéis profissionais particulares na equipe*. Entre os preceptores se destacam: favorecer a integração de saberes e práticas dos profissionais, em especial o envolvimento em torno do atendimento à população (3 de 4 sujeitos); atuar como mediador na equipe, na articulação entre usuário/comunidade e serviço de saúde (2 de 4 sujeitos); focar no controle social e na mobilização da comunidade (2 de 4 sujeitos). Podemos visualizar estas questões no depoimento que segue:

“Eu acho que ele tem uma capacidade de mediador, em uma equipe multiprofissional ele tenta trabalhar em busca do rompimento de uma pratica mecanicista, tenta discutir e problematizar as situações apresentadas pelos usuários com os profissionais das demais áreas fazendo o envolvimento no

atendimento, eu acho que a gente pode fazer essa relação, eu acho que isso é uma particularidade do serviço social, entre outras. (Preceptor 2)”

A capacidade de articulação consiste numa atuação importante no contexto do trabalho em equipe. Contudo, cabe pontuar sobre a importância de que essa habilidade profissional potencialize o protagonismo de todos os trabalhadores envolvidos na equipe. Ou seja, que a habilidade não venha a suprir lacunas de um aspecto que se constitui numa responsabilidade profissional de todos os trabalhadores, pois a busca pela atuação integrada se constitui numa importante estratégia para a garantia da integralidade na atenção em saúde.

No que tange à abordagem dos residentes sobre esta temática, os depoimentos, em parte, reiteram os aspectos destacados pelos preceptores, quais sejam: atuação como mediador (1 de 4 sujeitos); enfoque para o controle social (1 de 4 sujeitos); trabalho na perspectiva de rede (1 de 4 sujeitos); facilidade para as abordagens grupais em saúde (1 de 4 sujeitos); escuta e vínculo com a população (1 de 4 sujeitos). O depoimento que segue dá visibilidade à percepção dos residentes sobre a particularidade do trabalho:

“As questões de rede, as outras profissões têm isso muito limitado, dentro da minha equipe essa questão do trabalho em rede é muito pouco trabalhada e a gente tem isso muito forte, a gente precisa de uma rede que nos dê suporte. A questão do vínculo com o usuário é uma questão muito forte, tem muito da nossa formação, que primeiro tu não diz quem são eles, são os cidadãos. A questão de uma visão mais crítica de sociedade, que também é muito da nossa formação, toda a nossa formação é dada a partir de uma leitura crítica da nossa sociedade. E isso é muito nosso. (Residente 1)”

Como destacado no depoimento, a apreensão crítica da realidade, marca da formação do Serviço Social, emerge na relação com as demais profissões como uma particularidade dessa área, juntamente com a habilidade para articulação de recursos, serviços que dêem sustentação ao trabalho (a “rede”). Já a centralidade da abordagem dos direitos, expressa na relação estabelecida com os usuários, embora enfatizada como uma particularidade da profissão, também deveria mediar a relação dos demais profissionais com a população, ou seja, é baliza para o trabalho no SUS.

Após, buscamos analisar como assistentes sociais apreendem a *relevância do trabalho profissional* desenvolvido na RMS. Do conjunto dos depoimentos de residentes e preceptores sobre esta temática, identificamos que a relevância do

trabalho é enfocada em *duas direções*, quais sejam: aquela voltada para o âmbito da *atenção em saúde* direcionada à população usuária do serviço e também aquela direcionada para o plano da *atuação multiprofissional*, das relações profissionais estabelecidas na equipe.

Em relação à *atenção em saúde*, os preceptores referem conteúdos bastante distintos, ao passo que os residentes apresentam maior unidade de entendimento sobre este aspecto. Para o primeiro grupo, o desvendamento da questão social (1 de 4 sujeitos), o trabalho pautado na integralidade e interdisciplinaridade (1 de 4 sujeitos), o fato da formação graduada estar sintonizada com os princípios da atenção primária em saúde, assim como a articulação de redes sociais para acesso a direitos (1 de 4 sujeitos) são os elementos que demarcam a relevância dessa profissão.

Entre o grupo de residentes, a ênfase é dada para a visão crítica da realidade e a capacidade de contextualização (3 de 4 sujeitos) como o principal aspecto da relevância profissional. Logo após, são referidas as ações de promoção de saúde no território (1 de 4 sujeitos), a abordagem ampliada das necessidades de saúde (1 de 4 sujeitos) e a mobilização da população e afirmação das diretrizes do SUS (1 de 4 sujeitos). Os depoimentos que seguem explicitam a relevância do trabalho profissional frente à atenção em saúde:

“O assistente social sempre procura priorizar a integralidade, é um profissional que prioriza o atendimento em equipe, ele prioriza a visão interdisciplinar, sempre pensando novas formas de melhor atender, de melhor fazer. (Preceptor 2)”

“É justamente este olhar que a gente consegue ter das situações, a gente não vai ver só aquilo no pontual, vamos trazer nosso embasamento, nossa experiência prática e relacionar isso com a sociedade, relacionar isso com o que está acontecendo na vida dessa pessoa, entende? Do macro para o micro e como isso se materializa naquele momento. Esse é o diferencial, conseguir ver a totalidade. (Residente 3)”

A partir desses depoimentos, podemos identificar que a relevância do trabalho profissional se expressa na efetivação de enfoques abrangentes sobre as situações colocadas pelos usuários, movimento que se desdobra na busca da qualidade dos serviços prestados. Além disso, também evidenciam que este movimento se dá de forma articulada com a equipe, viabilizando processos de reflexão e proposição

sobre as práticas, demarcando assim a relevância do trabalho dessa profissão junto às demais áreas profissionais.

No que tange à *relevância do assistente social como profissional junto à equipe multiprofissional*, metade dos preceptores (2 de 4) enfatiza que o Serviço Social amplia e qualifica o trabalho da equipe. Após, os demais sujeitos referem que este profissional promove a humanização e a sensibilização para os direitos (1 de 4 sujeitos) e que a formação graduada desta área contribui para as discussões do campo da saúde (1 de 4 sujeitos). Dentre o grupo de residentes, a relevância do trabalho profissional direciona-se para a equipe, entendida a partir da atuação como mediador e articulador entre as profissões (2 de 4 sujeitos) e também pela realização de processos de reflexão e desvendamento conjunto da realidade de saúde da população e do serviço com o grupo de trabalho (2 de 4 sujeitos). Podemos visualizar essa relevância nos seguintes depoimentos:

“Se o assistente social está ali, ele tem um olhar diferenciado sobre as questões que as pessoas estão trazendo em relação aos seus direitos, as suas conquistas, em relação às desigualdades, a todas essas questões que vão ser desmembradas, que tem esse olhar que é nosso, então eu acho que uma unidade de saúde ela funciona sem o assistente social, só que ela vai restringir.” (Preceptor 1)

“A gente tem esse papel de mediação que é muito forte entre as outras profissões, a questão da contextualização e a questão crítica (Residente 1).”

“Eu vejo nosso papel muito como articulador, identifico essa característica do Serviço Social (...) ele transita muito mais, ele articula, organiza, a gente tem muito já incutido essa questão de gestão, de olhar o todo, ele contribui muito nas equipes multiprofissionais porque ele realmente está atento para o todo, o Serviço Social não se constitui individualmente, nós somos muito coletivos (Residente 2).”

Podemos observar que os elementos que demarcam a particularidade profissional, analisados anteriormente, também se desdobram na relevância do trabalho dessa profissão, tanto no que se refere à atenção em saúde, como também frente à equipe. Além disso, a particularidade profissional também fornecerá os traços através dos quais os assistentes sociais apreendem a integralidade em saúde, bem como os eixos pelos quais são desenvolvidas as estratégias profissionais para contribuir com a consolidação dessa diretriz.

### **5.3. A integralidade em saúde no trabalho e na formação dos assistentes sociais nas RMS**

A análise referente à integralidade em saúde, em relação à experiência formativa e ao trabalho efetivado nas equipes de RMS, encontra-se pautada na discussão realizada anteriormente. Privilegiamos o enfoque para os seguintes aspectos: a apreensão da integralidade pelos assistentes sociais, ou seja, as concepções dos sujeitos sobre essa diretriz do SUS; as concepções de integralidade, a intencionalidade do trabalho profissional, as ações profissionais realizadas nas equipes, a abordagem pelos assistentes sociais acerca do objeto do trabalho profissional, bem como a particularidade e a relevância desse trabalho na atenção básica em saúde.

#### *5.3.1 Concepções de integralidade*

A partir da análise dos questionários, identificamos três sentidos/significados de apreensão da integralidade em saúde pelos residentes. A ênfase para o conceito ampliado de saúde e a abordagem ampliada do usuário e suas necessidades, com destaques para as premissas de superação da fragmentação e para uma abordagem que prime pela totalidade, foi abordada em todos os depoimentos dos residentes que responderam a esta questão (6,67% não responderam).

A segunda temática relativa à compreensão dos assistentes sociais acerca da integralidade consiste naquela que associa a abordagem ampliada sobre saúde com a perspectiva da intersetorialidade e da interdisciplinaridade (identificada em 33,33% dos depoimentos). Já a terceira temática, que emerge com baixa frequência (citada por 6,67% dos sujeitos) refere-se à intrasetorialidade, ou seja, a articulação entre os serviços do SUS, juntamente com o conceito ampliado de saúde. Tendo em vista dar visibilidade a esses dados, os representamos no quadro que segue:

CONCEPÇÃO DE INTEGRALIDADE	EXEMPLO DE DEPOIMENTO	FREQ.
<b>Abordagem ampliada e totalizante da saúde</b>	<p>“Compreender saúde como um processo relacionado às <i>múltiplas dimensões da vida social</i>, como uma <i>totalidade</i> e assim, pressupondo uma atenção que dê conta dessa totalidade (Sujeito 3).”</p> <p>“Um desafio e através dela é possível pensar no conceito ampliado de saúde como tal. A integralidade é poder enxergar as pessoas como um todo sem fragmentá-las” (Sujeito 13)</p>	93,33%
<b>Abordagem ampliada associada à interdisciplinaridade e intersetorialidade</b>	<p>“Um olhar ampliado sobre a relação usuário e profissional de saúde. Traz no seu conceito tanto um olhar integral para as necessidades de saúde do usuário, não focando apenas doença, como também para a importância do <i>trabalho interdisciplinar e intersetorial</i> (Sujeito 1)”</p>	33,33%
<b>Abordagem ampliada associada à intrasetorialidade</b>	<p>“Tanto a integralidade dos serviços prestados pelo SUS, onde todos deveriam <i>estar interligados</i>, com a <i>porta de entrada tendo o mínimo de comunicação com a mais alta complexidade</i>, assim como o entendimento do conceito de saúde, não com o foco no sujeito como a ausência de doença, mas uma visão integral deste sujeito e todos os aspectos que cercam a vida deste (Sujeito 2)”</p>	6,67%

Quadro 7: Concepções profissionais sobre a integralidade em saúde.

Fonte: Pesquisa de campo.

Dos dados sistematizados no quadro, podemos ressaltar que a totalidade emerge como uma categoria dialética fundamental, diretamente associada com a apreensão dos assistentes sociais sobre esta diretriz do SUS. O fato desta categoria estar presente em todos os depoimentos indica também a orientação teórico-metodológica hegemônica dessa profissão, pautada no materialismo histórico, na teoria social crítica marxista.

No que tange à análise qualitativa sobre este aspecto, a totalidade dos preceptores (4 de 4) enfatiza a integralidade a partir do primeiro item destacado no quadro, qual seja, a abordagem ampliada e totalizante de saúde. Contudo, identificamos entre os preceptores diferentes abordagens que compõem essa perspectiva. Selecionamos o depoimento que segue tendo em vista aprofundar este aspecto:

“É, a gente poder ver esse ser humano que vem até a gente com todas as suas facetas, a questão psicológica, a questão orgânica, odontológica, fisioterápica (...) sabe o ideal seria que em cada caso a gente pudesse sentar e discutir, porque só assim a gente vai fazer a

integralidade (...). A questão da integralidade da pessoa, da família, de poder estar discutindo, de poder conhecer essas famílias. Tanto que se fala em vínculo, a gente trabalha com o território demarcado no SUS para ti poder conhecer essas pessoas, fazer vínculo e poder saber “aquela ali tá tendo adesão” ou “aquela ali não tá tendo adesão por que não tomou a medicação, e aí vou lá vou falar com a família para ver o que é, ver porque ela não está aderindo à medicação (Preceptor 4).“

Consideramos importante problematizar que a abordagem totalizante da saúde supera a apreensão somente de diferentes facetas implicadas no processo saúde-doença para buscar identificar a interconexão entre diferentes dimensões presentes nesse processo. Desta forma, consideramos que a integralidade está orientada para a construção de uma abordagem ampliada das necessidades de saúde que não se restringe somente à visualização destas a partir de recortes profissionais, como citado no depoimento, quando aponta a “questão psicológica, odontológica”. O desafio consiste em, partindo da esfera de saberes profissionais que informam a leitura sobre saúde-doença, ultrapassá-los, buscando totalizações provisórias frente a necessidades de saúde concretas, considerando que a realidade é mais rica e complexa e não pode ser “enquadrada” em dados recortes.

Nesse horizonte, como aponta o depoimento, conhecer a realidade vivida pela população e estabelecer vínculos com esta é fundamental nesse processo. Porém cabe ressaltar que uma abordagem integral não se restringe à compreensão e atuação sobre os fatores que dificultam a adesão à “terapêutica” proposta pela equipe de saúde – no caso do depoimento, “a medicação” – e sim envolve a construção conjunta com os usuários de alternativas e projetos de cuidados em saúde.

### *5.3.2 Trabalho profissional e integralidade*

Outra abordagem da integralidade consiste na explicitação de como os assistentes sociais identificam as suas contribuições para com essa diretriz do SUS. Dos dados coletados junto aos residentes através de questionários, podemos identificar duas direções de significados temáticos, que emergem associados nos depoimentos, quais sejam: a forma particular da profissão na abordagem da saúde e

da população usuária; as estratégias para operar as contribuições acerca da integralidade.

Quanto à primeira direção de significados, podemos identificar grupos de temáticas, tais como a ênfase para a “visão” ampliada, mediada, crítica e totalizante da saúde, a direção social do projeto ético-político profissional e o enfoque para o protagonismo do usuário. Já a segunda direção de significados acerca das contribuições para a integralidade consiste na explicitação de estratégias para a sua efetivação – que não foram referidas em todos os depoimentos - dentre as quais podemos destacar: o trabalho em equipe, as ações voltadas para ampliação e garantia do acesso a direitos e serviços, a articulação de redes sociais na atenção em saúde e o fortalecimento do controle social.

O quadro a seguir busca representar a análise quanti-qualitativa acerca das contribuições do trabalho dos assistentes sociais para a integralidade em saúde:

CONTRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS PARA A INTEGRALIDADE		FREQ.	DEPOIMENTOS
<b>Particularidade profissional na abordagem da saúde</b>	“Visão” crítica e totalizante da saúde	60%	“Acredito que o diferencial deste profissional está na <i>visão ampliada</i> sobre os aspectos que compreendem a saúde. Está <i>em considerar o protagonismo que deve ser exercido pelos sujeitos</i> (não sendo estes meros pacientes). Está também <i>na própria orientação profissional, através do código de ética</i> , que prima pela participação popular, pela democracia, a não discriminação, a luta por uma sociedade mais justa, princípios que contribuem e são fundamentais para que a integralidade seja realmente efetivada” (Sujeito 2).
	Direção social do projeto ético-político profissional	20%	
	Enfoque para o protagonismo do usuário	13,33%	
<b>Estratégias profissionais</b>	Trabalho em equipe	20%	“Da maneira de atuar, no modo de enxergar o outro (...) <i>propiciando também na equipe o espaço de discussão sobre a garantia de direitos</i> e o contexto no qual estes estão inseridos.” (Sujeito 5) “Da <i>visão crítica da sociedade, da capacidade de contextualizar questões econômicas, sociais e culturais, da mediação (dando visibilidade aos direitos negados) na construção e fortalecimento de redes, do estímulo para fortalecer o controle social</i> (Sujeito 6)”.
	Acesso a direitos e serviços	13,33%	
	Redes sociais	13,37%	
	Controle social	6,67%	

Quadro 8: Contribuições profissionais para a integralidade em saúde.

Fonte: Pesquisa de campo.



Os dados quanti-qualitativos representados nos quadros 7 e 8 indicam que a integralidade é enfocada pelos assistentes sociais através da ênfase para o conceito ampliado de saúde, do estabelecimento de mediações entre saúde e totalidade social, bem como sinalizam que as contribuições para a consolidação desta diretriz estão associadas às particularidades dos saberes e ações profissionais acionadas no trabalho em equipe, pautado na interdisciplinaridade e intersetorialidade. Dentre estas particularidades identificamos a apreensão das necessidades de saúde através da experiência social dos sujeitos, da contextualização destas necessidades e da centralidade da afirmação de direitos nas abordagens assistenciais.

Desta forma, podemos ressaltar que os dados indicam a construção de mediações sistemáticas, por parte dos assistentes sociais, que conformam a particularidade profissional na abordagem da saúde, as quais mobilizam e se traduzem em estratégias profissionais frente aos desafios de afirmação da integralidade.

Tais mediações ancoram-se nos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos do Serviço Social brasileiro nas últimas décadas. Essas podem ser denominadas como: mediações fundamentadas no método dialético-crítico, as quais se evidenciam na abordagem da saúde que prima pela totalidade, na perspectiva de desvelamento e reflexão crítica da realidade; nas mediações relativas ao campo de valores do projeto profissional, nas quais ganha destaque a centralidade para a garantia de direitos, indissociáveis da busca pela ampliação da cidadania e democratização; e as mediações articuladas ao campo das políticas sociais, ou seja, que expressam o acúmulo de saberes teórico-práticos que esta categoria vem produzindo sobre a esfera da prestação de serviços sociais, seja no campo estatal, como no âmbito de diferentes organizações.

Neste horizonte, buscamos aprofundar, na análise qualitativa, as *estratégias profissionais* acionadas pelos assistentes sociais *para fortalecer a integralidade* em saúde. As principais estratégias referidas pelos residentes e preceptores englobam 3 campos de atuação, os quais abordaremos a seguir.

O primeiro campo de atuação, apontado com maior frequência pelos residentes e preceptores, consiste no *fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional*. As estratégias mobilizadas neste sentido são: a discussão das situações de saúde trazidas pelos usuários, buscando realizar acompanhamento

integrado com demais profissionais (3 de 4 residentes e 4 de 4 preceptores) e a otimização dos espaços das reuniões de equipe e de planejamento (1 de 4 residentes e 1 de 4 preceptores). Tais estratégias podem ser apreendidas nos depoimentos que seguem:

“Diferente daquele profissional que no consultório já resolve aquela questão da pessoa, nós não, nós levamos para discutir. Na verdade o Serviço Social não faz nada sozinho, para ele poder atingir seus objetivos ele tem que saber articular todas as pontas e fazer uma costura final (...) eu acho que ele se beneficia muito nisso, se sobressai. Somos nós que acabamos levando adiante algumas discussões, somos nós que dizemos ‘ah! vamos parar um pouco’.” (Preceptor 4)”

“Dentro das unidades, um processo que dê conta da integralidade eu acho que é muito mais o espaço de discussão de caso, de chamar o teu colega, ou participar de um atendimento, tipo, ‘me leva junto’ ”. (Residente 1)”

O segundo campo de atuação diz respeito ao *desenvolvimento de práticas grupais* junto à população, o qual foi abordado prioritariamente pelos residentes. Os entrevistados enfatizam os seguintes aspectos: a atuação pró-ativa no território (2 de 4 residentes), a socialização de informações no espaço dos serviços (1 de 4 residentes), o vínculo com a comunidade (1 de 4 residentes) e a ênfase para a prevenção e promoção em saúde (1 de 4 preceptores). Os depoimentos que seguem expressam estes aspectos:

“Na equipe, nós trouxemos a questão da integralidade e da equidade e a gente pontuou que temos que sair do posto, olhar para a vida das pessoas (...) conhecer mais o território, porque ele é dinâmico” (Residente 1).

“O grupo de residentes conseguiu fazer oficina na comunidade, subiu o morro para trabalhar o planejamento familiar, desceu o morro para ir para a escola trabalhar a sexualidade, então eu acho que é esse o trabalho fora” (Residente 3).

O terceiro e último campo, citado com menor frequência, refere-se à *organização dos serviços de saúde*. Os aspectos que englobam este campo são: a realização do planejamento da UBS em conjunto com o conselho local de saúde (1 de 4 residentes), o fortalecimento da prática do acolhimento aos usuários (1 de 4 preceptores e 1 de 4 residentes) e a construção de protocolos de organização dos programas em saúde, que garantam a multiprofissionalidade do atendimento (1 de 4 preceptores). Os depoimentos a seguir dão visibilidade a este campo de atuação:

“A gente faz planejamento da unidade (...) nas nossas metas a gente elencou dois problemas principais, que seria a dificuldade no acesso, a ser enfrentada com o a implantação do acolhimento, e a questão da co-responsabilização, pensar como que a equipe pode se tornar mais responsável. (...) Eu acho que esse ano a gente deu um passo, a gente avançou, a gente já fez o planejamento junto com o conselho local” (Residente 3)

“(...) através do acolhimento, isso é uma brecha, é o espaço em que a gente tenta fazer uma escuta mais qualificada (...) é a acolhida inicial, de acesso, até para poder ver quais são as necessidades, para a gente direcionar os atendimentos, com que profissional, se nós vamos fazer visita oculta, se vamos trabalhar de forma integrada.” (Preceptor 2)

Podemos destacar, do conjunto dos dados apresentados, que as estratégias profissionais referidas incidem sobre questões que são fundamentais para reorientação do modelo assistencial na atenção básica em saúde. A busca pelo fortalecimento do trabalho em equipe, que se expressa nas iniciativas de integração dos profissionais no cotidiano da atenção em saúde, está diretamente associada a uma atenção em saúde abrangente, que rompa com a fragmentação.

Já a consolidação de práticas grupais junto à população, tendo como eixos a inserção pró-ativa no território e o vínculo profissional-população, a premissa da socialização de informações, contribui para a diversificação das ações assistenciais, em especial aquelas voltadas para a promoção em saúde na atenção básica. As iniciativas de organização dos serviços que ampliem o acesso e busquem o planejamento participativo também evidenciam o protagonismo da profissão na busca de afirmação da integralidade, processo marcado por potencialidades, como também por limitações, que também foi alvo de nossa análise.

Neste horizonte, buscamos apreender quais os “entraves” vivenciados no trabalho dos assistentes sociais para a efetivação da integralidade na atenção básica. O conjunto dos depoimentos engloba dois polos, quais sejam: as limitações decorrentes da atual estruturação da política de saúde e sua interface com as demais políticas, e o campo das práticas em saúde.

Em relação ao primeiro polo, os aspectos destacados pelos assistentes sociais foram: a dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção e a garantia de referência e contrarreferência; a integração dos serviços (2 de 4 preceptores e 2 de 4 residentes); restrições no atendimento dos usuários em função do pequeno número de profissionais frente ao grande número de população adscrita, apontando a necessidade de criar mais serviços no território (2 de 4 preceptores e 2 de 4

residentes); a necessidade de melhoria na estrutura física do serviço de saúde (2 de 4 preceptores e 1 de 4 residentes), a insuficiência de recursos e serviços sociais ofertados pelas políticas (3 de 4 preceptores); e o desafio de consolidar interfaces intersetoriais entre as políticas (2 de 4 preceptores). Os depoimentos a seguir dão visibilidade a estas limitações para a efetivação da integralidade:

“É bem complicado, a gente tem uma população muito grande para o número de profissionais (...) pensar num atendimento mais integral é inviável. A gente teria que ter pelo menos mais quatro, cinco equipes na nossa área (...) para que a gente pudesse trabalhar essas questões do direito, infelizmente a gente não consegue fazer isso, a gente tenta prestar um bom atendimento para as pessoas que chegam até nós, mas a gente não consegue ir atrás, fazer o papel que é da atenção básica. (Residente 2)”

“Acho difícil da gente materializar a integralidade, devido a vários fatores, o número populacional, a falta da qualidade de outros serviços de nível de atenção para a gente poder encaminhar e fazer essa relação com esses usuários, a falta de políticas públicas também, e isso eu acho que hoje em dia está muito difícil. (...)nós estamos com um número de profissionais bem reduzido. (Preceptor 2)”

“Os limites são as próprias limitações da política mesmo, da política pública de saúde, não só da de saúde, mas de todas (...). Para materializar essa integralidade é preciso um trabalho multiprofissional e um trabalho intersetorial. Porque nenhum setor vai dar conta sozinho. (Preceptor 3)”

Em relação ao campo das práticas em saúde, os principais entraves enfatizados pelos entrevistados para a materialização da integralidade foram: pouca pré-disposição dos profissionais para o trabalho integrado na equipe, para o planejamento conjunto das ações (1 de 4 preceptores e 3 de 4 residentes); falta de maior tempo para estudo e reflexão para planejar estratégias que contemplem a integralidade (1 de 4 preceptores e 1 de 4 residentes); existência de dificuldades das equipes em serem pró-ativas no território e atuarem na prevenção e promoção (2 de 4 residentes); dificuldades de remuneração adequada, pois os profissionais possuem vários empregos, prejudicando a dedicação (1 de 4 preceptores); o fato de a formação graduada em saúde não favorecer uma visão integral (1 de 4 residentes); e vínculo frágil das equipes com a população (1 de 4 residentes). Estas limitações podem ser apreendidas nos seguintes depoimentos:

“Tem que ter espaço de reflexão do processo de trabalho, porque ao natural tu não chega na integralidade. (...) Tem que sair do consultório, estar disposto, romper com esses muros, de fragmentar, se chorou vem o psicólogo, não, sabe?! Ele é teu usuário e é teu o problema, não necessariamente é do psicólogo porque está chorando, ou do assistente social porque está sujo. É uma questão de romper muros, e é muito difícil. (Residente 1)”

“Embora na atenção básica a gente transite no território, vamos nas casas das famílias, temos todo um outro jeito de se relacionar com as pessoas, eu acho que a gente consegue contemplar um pouco mais todas essas coisas que influenciam diretamente na saúde, mas ainda assim, às vezes é isso é limitado (Residente 2)”

“Teria que ter um pouco mais de idealismo nas pessoas e isso passa pela questão do reconhecimento profissional e financeiro também, porque como a gente ganha pouco, acaba tendo que se deslocar para dois empregos, acaba não se dedicando por completo. (...) Eu acho que deveria ter mais tempo pra gente pensar o que é essa integralidade, como eu posso operacionalizar ela na pratica” (Residente 4).

Os entraves para a materialização da integralidade, como explicitado nos depoimentos dos assistentes sociais, indicam que, embora a integralidade tenha no movimento da equipe de saúde, para qualificar a atenção em saúde, um importante âmbito para sua materialização, este processo não pode ser dissociado da efetivação da universalização da saúde, da ampliação da oferta de serviços de saúde, conforme discutido no item 3.1. Desta forma, podemos observar que o polo referente à estruturação da política de saúde é o que mais concentra os depoimentos dos assistentes sociais. Outro aspecto a ser ressaltado é que o polo de entraves referente às práticas em saúde é abordado com maior frequência pelos residentes. Acreditamos que esta ênfase está associada à própria vivência do processo formativo da RMS, no qual a reflexão e a crítica sobre os processos de trabalho é um elemento central.

### *5.3.3 Formação e integralidade*

Buscamos identificar junto aos residentes, na coleta através dos questionários, como estes identificavam as contribuições da formação em Residência para a construção da integralidade no SUS e, a partir da sua experiência nesta formação, quais os principais aportes da RMS para a qualificação do trabalho

dos assistentes sociais na área da saúde. Os dados obtidos foram representados no quadro que segue:

CONTRIBUIÇÕES DA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL		FREQ.	DEPOIMENTOS
<b>Construção da integralidade</b>	Troca de saberes/ interdisciplinaridade	40%	<p>“ Através da possibilidade de realizar formação em serviço, onde <i>vivenciamos intensamente o cotidiano da execução da política de saúde</i>, assim como a compreensão da dinâmica de gestão da mesma (...) como <i>um trabalhador em formação</i>, que através da sua inserção diferenciada nos serviços possibilita <i>desacomodar práticas e de gerar processos reflexivos sobre o SUS</i>” (Sujeito 1).</p> <p>“A formação em serviço na saúde coletiva possibilita a <i>troca de experiências do trabalho multi/interdisciplinar</i>, onde questões de “campo” e “núcleo” se mesclam, ampliando o olhar do profissional, <i>superando a formação acadêmica na capacidade de intervir no modelo de atenção previsto pelo SUS</i>” (Sujeito 6).</p>
	Trabalho voltado para o modelo assistencial e os princípios do SUS	40%	
	Vivência e compreensão do SUS	13,33%	
	Educação pelo trabalho ativadora de novas práticas	26,67%	
<b>Qualificação do trabalho profissional</b>	Interdisciplinaridade /aquisição de novos saberes	26,67%	<p>“A partir da residência é possível <i>ampliar o olhar para além da sua categoria profissional</i> na área da saúde e passar a enxergar os sujeitos como um todo. A residência vem a contribuir para essa qualificação na medida em que <i>podemos nos apropriar de diferentes saberes</i>. Também vem “<i>suprir</i>” uma <i>falha da formação acadêmica</i> em Serviço Social que tem dado pouca ênfase na área da saúde e garante muito pouco conteúdo da saúde no seu currículo” (Sujeito 13).</p> <p>“Acredito que as contribuições oferecidas pela formação estão em atuar no âmbito do serviço, que no meu caso, foi sempre priorizando o <i>trabalho interdisciplinar</i> considerando os diferentes conhecimentos, <i>junto ao constante questionamento e problematização destas práticas nos espaços de ensino</i>” (Sujeito 2).</p>
	Ampliação da capacidade de intervenção profissional	20%	
	Suprir lacunas da graduação quanto ao SUS	26,67%	
	Exercício profissional no SUS respaldado no estudo e na reflexão	20%	

Quadro 9: Contribuições da RMS para a integralidade e para o trabalho profissional.

Fonte: Pesquisa de campo.

Podemos destacar, a partir dos dados do quadro, que os principais aspectos impulsionados pela formação na RMS, ativadores da construção da integralidade, consistem na troca de saberes/interdisciplinaridade, juntamente com o exercício do trabalho voltado para o modelo assistencial e os princípios do SUS (ambos totalizando 40% de frequência nos depoimentos). No que se refere à qualificação do trabalho profissional dos assistentes sociais, a interdisciplinaridade emerge novamente, juntamente com a aquisição de novos saberes (totalizando 26,67%), o que reforça ser este um dos elementos centrais da formação em RMS, como já analisado no item 5.1.3. Após, merece, destaque o fato de a RMS vir a suprir lacunas da graduação em Serviço Social quanto ao SUS (referido por 26,67% dos residentes).

As contribuições da RMS para a construção da integralidade estão associadas diretamente com a própria particularidade dessa formação, ou seja, a aprendizagem pelo trabalho, enriquecido pela pertença a uma equipe multiprofissional, tendo como baliza pedagógica as diretrizes do SUS. Acreditamos que esta vivência particular, oportunizada pela RMS, é que torna possível a materialização da integralidade como processo, ou seja, movimentos permanentes de qualificação da atenção em saúde.

No que tange à qualificação do trabalho dos assistentes sociais, os dados também indicam a necessidade de ponderarmos sobre a formação graduada para esta área. Em especial, reforçam a necessidade de maior enfoque para o SUS, dada a sua relevância como espaço sócio-ocupacional para essa profissão e também por se configurar numa das principais políticas que compõem a Seguridade Social brasileira. Além disso, a habilidade para o trabalho em equipe, voltado para a interdisciplinaridade, também é um aspecto que emerge persistentemente nos depoimentos como uma estratégia para a qualificação das práticas em saúde e da própria afirmação da integralidade e também poderia ser alvo de maior atenção na graduação, de forma articulada com o ensino do trabalho profissional, elemento transversal e também articulador de toda formação.

Na análise de enfoque qualitativo sobre esse tópico, buscamos identificar como a integralidade em saúde é trabalhada no processo de formação da Residência. Do conjunto dos depoimentos dos residentes e preceptores, a ênfase é

dada para o ensino em serviço como o principal âmbito no qual essa diretriz se materializa na formação.

O primeiro eixo destacado pelos entrevistados está relacionado com os polos articuladores do ensino em serviço que perpassam o processo de trabalho das equipes, analisados anteriormente. A preceptoria foi identificada como uma ação pedagógica que favorece o ensino-aprendizagem da integralidade, na medida em que impulsiona a qualificação da atenção em saúde, em especial na visão de metade dos preceptores (2 de 4 sujeitos). Na abordagem dos residentes, este polo foi tanto alvo de críticas - em especial por estar voltada somente para suas respectivas áreas (1 de 4 sujeitos) – como também avaliado positivamente em relação à integralidade (2 de 4 residentes), embora este processo não ocorra junto a todos os preceptores da equipe. Após, outro polo abordado pelos entrevistados foi a prática da discussão de casos, citado somente pelos residentes (3 de 4 sujeitos).

Os depoimentos que seguem dão visibilidade à articulação do ensino-aprendizagem da integralidade com a preceptoria e a prática de discussão de casos:

“Eu acho que é através da preceptoria que a gente faz com os residentes de todas as áreas que estão na UBS. Isso ajuda a gente poder trabalhar esses residentes para que realmente o usuário tenha um atendimento mais integral (...) para que a gente possa estar trazendo questões para melhor atender essa população. (Preceptor 2)”

“Eu tive uma experiência bacana com uma médica de família (...). Ela tinha uma proposta muito interessante, era uma questão de espaço mesmo, de sentar e discutir, foi uma profissional que conseguiu fazer acontecer essa questão do ensino e aprendizagem com integralidade. Mas no geral os preceptores ficavam muito cada um no seu quadrado. (Residente 1)”

“Nós tínhamos uma sala de estudos que era minúscula, mas vivia lotada, a gente estava sempre ali discutindo caso (...) era uma coisa bem informal e funcionava (...) às vezes saía do atendimento meio desnortada, não sabia o que fazer, entrava na sala de estudos e eu sabia que tinha vários profissionais ali que estavam tentando resolver os seus problemas dos outros atendimentos, então a gente conseguia discutir, fazer uma troca. (Residente 4)”

Outros aspectos que perpassam a dinâmica do processo de trabalho também foram abordados pelos assistentes sociais como elementos que favorecem a materialização da integralidade no processo de formação da RMS. Estes aspectos consistem: no processo de desvendamento conjunto das necessidades dos usuários e de conhecimentos da área da saúde (2 de 4 preceptores); na realização de



interconsultas com outros profissionais (2 de 4 residentes); nas tentativas coletivas de reorganizar o processo de trabalho no serviço (2 de 4 residentes); na aprendizagem significativa que perpassa o cotidiano das ações assistenciais (1 de 4 preceptores); e no referenciamento de famílias para acompanhamento pelos residentes juntamente com a preceptoria de diferentes áreas (1 de 4 preceptores).

Dentre os residentes, a metade (2 de 4 sujeitos) enfatiza a marca da pertença grupal, analisada anteriormente, como um aspecto que favorece a vivência do trabalho pautado nessa diretriz, como podemos identificar a seguir:

“Em função dessa experiência que a gente tem com profissionais de diversas áreas diferentes (...) é uma ocasião muito propícia para se entender a integralidade, de se tentar ter uma visão mais ampliada de sujeito, de mundo, de um atendimento de saúde. Eu acho que é muito propício, e as próprias dificuldades que estão postas são fatores de uma leitura de integralidade, a gente acaba indo por caminhos muito tortuosos, a gente chega num ponto muito intenso que se propõe inclusive um borrão profissional, de se começar a enxergar através de vários olhares as mesmas situações” (Residente 1)

Observamos no depoimento, a intensidade da integração entre os residentes que resulta na ampliação do enfoque sobre a saúde, mas, ao mesmo tempo, implica um processo de “flexibilização” de fronteiras profissionais, expressa na fala através da denominação “borrão profissional.” Cabe ponderar que esta “flexibilização” ou “borrão” deve ocorrer na medida em que fortaleça a própria qualidade da atenção em saúde, tendo como horizonte a integralidade. Ou seja, construir “aberturas” que permitam a articulação das profissões, que consolidem competências compartilhadas não significa a desconsideração das particularidades e também das ações específicas das áreas inseridas na equipes, sob pena de reforçar indefinições profissionais que prejudiquem a própria qualidade do trabalho prestado à população usuária.

Em relação aos espaços com ênfase teórica, a integralidade foi citada por dois entrevistados (1 de 4 residentes e 1 de 4 preceptores) como uma temática que é trabalhada diretamente nesse âmbito de ensino. Os demais referem que esta diretriz é trabalhada através da articulação entre os espaços com ênfase teórica multiprofissional e do Serviço Social (2 de 4 preceptores), juntamente com as discussões que buscam articular a vivência no serviço de saúde com os espaços de ênfase teórica (1 de 4 preceptores e 2 de 4 residentes). A abordagem da integralidade nesses espaços de ensino pode ser visualizada nas falas a seguir:

“O currículo integrado permite varias reflexões (...), por exemplo, a gente estuda a integralidade, equidade, primeiro contato, porta de entrada, tudo isso, e cada ponto que tu estuda a gente vai lá no posto e reflete o que esta acontecendo (...) nos instiga, nos incomoda, será que tem integralidade? (...) é uma bagagem muito boa, é o momento que a gente consegue refletir, porque a gente vai lá ver se consegue trabalhar isso, para trazer de novo para discussão” (Residente 3)

“Eu acho que é quando tu consegue junto com o residente ter um espaço de ensino que ele não é só específico, aquele momento em que tu consegue fazer um espaço interdisciplinar (...). Entre campo e núcleo, esse espaço que se tem para tu discutir o específico, discutir entre o grupo de assistentes sociais aquilo que estão vendo lá no conjunto, entre os residentes. (Preceptor 1)”

Do conjunto dos dados quanti-qualitativos sobre a integralidade na formação em RMS, destacamos que essa diretriz é transversal aos processos de trabalho/ensino da RMS, em especial as experiências oportunizadas nas equipes de atenção básica. Os dados também indicam que este processo é potencializado nos espaços com ênfase teórica, através das estratégias pedagógicas que mobilizam a reflexão crítica sobre os processos de trabalho, em especial nos espaços com composição multiprofissional.

Contudo, acreditamos que esta diretriz deve ser aprofundada no processo de formação, tendo em vista ser ela mesma uma baliza pedagógica da RMS, prevista nas diretrizes legais, conforme discutido anteriormente (item 2.3). Uma alternativa seria a adoção de estratégias pedagógicas que fortaleçam a própria transversalidade da integralidade no ensino em serviço e nos espaços com ênfase teórica, juntamente com a constituição de espaços agregadores dessas estratégias, tal como um fórum temático sobre essa diretriz, que sistematizasse e consolidasse as experiências da RMS.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa etapa de síntese da dissertação, inicialmente ressaltamos que o tema escolhido para estudo e investigação, qual seja, *as contribuições da inserção do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica*, consistiu num desafio teórico-prático emergido da vivência nessa modalidade de formação. A busca pelo adensamento dessa experiência nos confrontou com a escassez de estudos sobre esta temática no âmbito do Serviço Social, fato que instigou sobremaneira a presente produção, sendo o primeiro aspecto que também demarca sua relevância.

Soma-se a essas questões o fato de o tema de investigação encontrar-se “atravessado” por múltiplos ângulos teóricos, que abarcam os campos da educação, do trabalho e da atenção em saúde, de forma articulada com a discussão da área do Serviço Social. O entrelaçamento desses ângulos foi outro desafio que permeou o estudo e a investigação, no qual o balizamento da teoria social crítica marxista foi fundamental. Dadas essas considerações, passaremos a ressaltar os elementos centrais do “percurso” teórico e investigativo realizado.

O ponto de partida da abordagem do problema de pesquisa fundou-se premissa teórica de que imprimir mudanças no plano das práticas em saúde, tendo em vista qualificar o atendimento às necessidades sociais no âmbito do SUS, consiste num dos desafios centrais para a consolidação desse sistema. Esse desafio é permeado pela disputa de projetos de saúde e por um contexto societário com tendências regressivas no campo das políticas e direitos sociais.

Aglutinar forças sociais para a materialização do projeto da Reforma Sanitária no plano assistencial do SUS passa, sem dúvida, pela valorização dos trabalhadores deste setor e do papel fundamental que possuem no cotidiano desse Sistema. Tal valorização tem, na educação, uma de suas possibilidades. Para tanto, é fundamental a articulação entre esses setores tendo em vista incidir no campo da formação das profissões em saúde, pois este tem se configurado num dos polos de tensão e resistência ao SUS.

Embora se evidenciem processos de mudança nessa área, impulsionados pelas diretrizes curriculares para os cursos da saúde e por políticas específicas para a mudança da graduação, consideramos que se trata de um campo que merece ser alvo de maior problematização. É fundamental, portanto, nos questionarmos sobre que mudanças curriculares são mobilizadas efetivamente por essas políticas e diretrizes e em que medida elas impactam na formação de novos perfis profissionais, sintonizados com o SUS. Trata-se de questionamentos que podem alimentar pesquisas e estudos, mas que extrapolam o horizonte dessa produção. Além disso, tais estudos devem incorporar a análise sobre as tendências de contrar-reforma que se refratam de forma aguda no setor educação, as quais instauram novas tensões para a formação dos trabalhadores em saúde.

Neste horizonte, buscamos formular proposições às mudanças dos processos de ensino na graduação. Tais propostas, tendo como eixo a centralidade da categoria trabalho nas experiências pedagógicas, podem ser apreendidas nos seguintes planos: na organização curricular dos cursos; nos cenários de prática profissionalizante; na relação com os conteúdos/dinâmica pedagógica e na inserção da formação no contexto da Universidade.

O enfoque para o entrelaçamento entre saúde, educação e trabalho elucidou a abordagem sobre a Residência Multiprofissional. Uma problematização final emergiu nesse percurso: seria então a Residência Multiprofissional uma “travessia” na consolidação de uma educação graduada e permanente efetiva? Parece-nos ser este um ângulo potencial para a análise dessa modalidade de formação. Desta forma, a Residência deve dialogar com a busca de mudanças na graduação que instaurem novas bases para o trabalho em saúde, não assumindo, assim, um papel de suprir suas lacunas. Além disso, aponta para o horizonte de uma educação permanente que entrelace a qualificação da atenção em saúde com a dimensão política do trabalho nessa área, porque voltada para o desocultamento das correlações de forças que precarizam esse mesmo trabalho e também a consolidação do SUS.

Da abordagem histórica da Residência Multiprofissional aos processos recentes de sua regulamentação, alguns aspectos merecem destaque. O primeiro consiste na necessidade de produções e pesquisas que recuperem e sistematizem o

histórico dessa formação, em especial no estado do RS, tendo em vista o pioneirismo das experiências aqui desenvolvidas.

Nesse processo histórico, também é evidente a invisibilidade dessa formação na área do Serviço Social, que conta com escassas produções, embora esteja inserida na Residência há décadas. Cabe, portanto, a construção de reflexões sobre como esta formação incidiu no trabalho dos assistentes sociais gaúchos no âmbito da saúde. Porém estes são questionamentos que também extrapolam essa produção, mas que nos mobilizaram durante sua elaboração e que mereceriam ser alvo de pesquisa, tendo em vista sua relevância e as gerações de assistentes sociais egressos das Residências desenvolvidas pela Escola de Saúde Pública do RS e, mais recentemente, pelo Grupo Hospitalar Conceição.

Da trajetória da Residência, também merece destaque a importância dos movimentos pela sua regulamentação, que ampliaram e deram visibilidade ao debate sobre essa formação e participaram na formulação de suas diretrizes. Contudo, na conjuntura recente, em especial com a limitação da autonomia de sua representatividade na CNRMS, em função da portaria nº 1.077/2009, tais movimentos precisam ser intensificados tendo em vista incidir nos rumos que essa formação adquirirá no quadro das políticas de educação em saúde.

Esses processos indicam também a disputa por qual modelo de Residência defendemos. Trata-se de consolidar uma formação crítica que dialogue sobre as lacunas do SUS, que engendre a construção de abordagens integrais no cotidiano dos serviços, que produza impacto e mudança nos processos de trabalho e na rede de saúde local, uma formação, portanto, sustentada no projeto de Reforma Sanitária.

Acreditamos que essas questões precisam perpassar o processo de avaliação dos programas de RMS. Além disso, esta avaliação precisa ser amplamente discutida, inclusive, através da constituição de fóruns para tal fim. Acreditamos que uma avaliação consistente e democrática - porque alimentada pelas demandas dos diferentes atores inseridos na RMS - possibilitará a produção de um diagnóstico sobre a configuração atual das Residências, o qual pode apontar para a criação de estratégias de qualificação dos programas existentes, para a

identificação de novas áreas de concentração e também de localidades onde esta ainda não é desenvolvida, tendo em vista contemplar necessidades locais de formação de trabalhadores para o SUS.

Esses processos necessitam ser informados por uma lógica pública no ordenamento da formação de Recursos Humanos, a qual tem como pontos-chave a efetivação de uma educação voltada para as necessidades da saúde e para o SUS, o foco para a mudança do modelo assistencial e a articulação intersetorial saúde-educação, ancorada no controle social. Além disso, essa lógica pública está associada à potencialização de competências necessárias para o trabalho em saúde - que podem ser apreendidas da Lei Orgânica da Saúde - as quais precisam ser alvo de atenção na formação, seja na Residência, como na graduação.

Neste quadro da formação em saúde, a particularidade que demarca os processos de ensino na RMS é a centralidade do trabalho como polo formativo. Essa experiência formativa tem, na dimensão concreta do trabalho, o seu principal polo de aprendizagem – porque o desocultamento do trabalho abstrato e alienado também é aprendizagem – podendo ser um eixo central de análise da RMS, de forma articulada com as diretrizes que a norteiam.

Essas diretrizes, por sua vez, precisam perpassar desde o processo de constituição dos programas, como o ensino em serviço e os espaços com ênfase teórica. Por exemplo, a diretriz de formação integral precisa ser trabalhada de forma transversal a todos os espaços de aprendizagem, tais como na equipe de saúde, na vivência da gestão do sistema, nas discussões teóricas de campo e núcleo, na experimentação de linhas de cuidado, entre outras possibilidades.

Além disso, as diretrizes da RMS precisam se materializar em processos de monitoramento e avaliação que englobem a participação dos diferentes atores envolvidos: instituições formadoras, coordenadores dos programas, preceptores, gestores e controle social. É necessário que tais avaliações subsidiem um processo permanente de avaliação do próprio programa, de forma participativa e colegiada, que possam se desdobrar na avaliação do impacto da RMS na rede de saúde local.

Além desse enfoque para a RMS, a partir da delimitação do tema de pesquisa, que privilegiou a atenção básica em saúde, procuramos problematizar esse âmbito do SUS, com destaque para os desafios de materialização da integralidade.

A discussão sobre a atenção básica ganha densidade se inserida num quadro de problematização da própria consolidação do SUS, sendo este, no nosso entendimento, um ângulo fundamental que elucida o contexto atual de transição da atenção básica, bem como as contradições presentes na emergência e consolidação da ESF. Além disso, a atenção básica também deve ser apreendida no quadro da Seguridade Social, o que a inunda dos desafios de universalização dos direitos sociais e da ampliação de um padrão de proteção social inconcluso, numa sociedade extremamente desigual como a brasileira.

Tendo como horizonte o enfrentamento desses desafios, a atenção básica, dadas suas características assistenciais, precisa assumir cada vez mais um papel estratégico no SUS. Dotá-la de acessibilidade efetiva, orientar sua atuação para a equidade, valorizando abordagens diferenciadas para a população com déficits históricos de acesso e cuidados em saúde, são perspectivas importantes. A ênfase para o território pode ser mais explorada, ultrapassando uma leitura restrita que o concebe somente como organizador do acesso e área de abrangência, mas precisa ser convertido em ferramenta assistencial para ações de promoção em saúde.

Essa perspectiva de abordagem da atenção básica baliza também a discussão sobre a diretriz da integralidade. Assim, é fundamental apreendê-la através de um enfoque amplo que abarque diferentes planos do Sistema, compreendendo da atenção à gestão, do trabalho à formação. Tal diretriz associa-se a valores sociais emancipatórios e, como uma noção preche de sentidos, nos interroga sobre que modelo assistencial queremos construir com base na Reforma Sanitária. Destacamos, ainda, que a intrassetorialidade, a intersectorialidade e interdisciplinaridade podem se converter em eixos analisadores da integralidade, porque voltados para empreender respostas ampliadas às necessidades sociais, premissa fundamental para concretizar o direito social à saúde.

Contudo, os caminhos da materialização da integralidade e da mudança do modelo assistencial passam pela adoção de políticas e ações articuladas que

incidam sobre aqueles eixos, juntamente com uma aglutinação de forças sociais em defesa do próprio SUS. Reiteramos que essas políticas precisam considerar os seguintes aspectos: a constituição de sistemas regionais de saúde e linhas de cuidado que fortaleçam e articulem o acesso a todos dos níveis do Sistema; a gestão integrada e territorializada das políticas públicas, fortalecendo interfaces entre serviços e a intersectorialidade; políticas de desprecarização das relações e condições de trabalho, como base para um trabalho em saúde que prime pela qualidade da atenção; e a educação em saúde, abrangendo tanto a mudança da formação graduada como também a educação permanente, que incida nos processos de trabalho de saúde.

Desta forma, o “encontro” do Serviço Social com a área da formação em saúde e atenção básica, sob o prisma da integralidade no SUS, foi o eixo de indagação que mobilizou essa produção e também delimitou nosso horizonte de estudo.

Consideramos que essa temática está sintonizada com a direção social do projeto profissional, na medida em que a integralidade associa-se diretamente com a defesa dos direitos sociais e com a perspectiva de apreensão totalizante da realidade e dos sujeitos. Indaga, assim, sobre a qualidade dos serviços, do acesso a direitos, de forma articulada com uma educação em saúde crítica, que forme trabalhadores comprometidos com o atendimento das necessidades sociais da classe trabalhadora.

Nessa linha, a implicação de valores entre o projeto profissional e o projeto de Reforma Sanitária se entrelaça na atuação profissional e política no campo da luta por garantia de direitos e ampliação de políticas sociais que, mesmo no espaço limitado da cidadania na sociedade burguesa, ilumina o horizonte da consolidação de uma democracia informada pelo ideário socialista. Consolidar e ampliar essa direção social estratégica é um desafio persistente no plano da formação e do trabalho profissional.

Somada a essa direção social, o foco do trabalho dessa profissão - as refrações da questão social e suas interfaces com os determinantes do processo saúde-doença – delinea também a sua relevância social no SUS, posto que está



relacionada com o conceito amplo de saúde e também dotada de sintonia com a área da Saúde Coletiva.

No que tange à inserção profissional na atenção básica, a importância desse nível para a consolidação do SUS o situa como um âmbito privilegiado para a atuação dessa profissão, o qual necessita ser mais priorizado nos debates e produções do Serviço Social na saúde. Esse debate precisa incorporar as tendências de inserção da profissão na atenção básica juntamente com os desafios de qualificação desses serviços, das contribuições profissionais para com estes, ou seja, ampliar o foco da disputa corporativa de inserção na equipe de ESF para uma análise mais ampla desse âmbito do SUS.

Pesquisas sobre a configuração da rede local de atenção básica e a inserção dos assistentes sociais nessa rede, em interface com fóruns profissionais, poderiam auxiliar nesse sentido. Outra possibilidade é a sistematização das experiências profissionais desenvolvidas nas RMS, as quais precisam ser privilegiadas como polo de experimentação e inovação da profissão no SUS. Para tanto, é necessário que a categoria e suas entidades representativas deem maior destaque para o trabalho e a formação nelas efetivadas.

Outro aspecto que merece destaque é a temática da particularidade do trabalho profissional. Trata-se de um tema que necessita ser alvo de maior destaque nas produções da área, principalmente no contexto do trabalho em equipes multiprofissionais. Um dos ângulos privilegiados para esse debate é adensar pesquisas que coloquem em cena as atribuições e competências profissionais, em especial as relações e condições em que estas se processam nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, também redimensionadas por novas requisições colocadas pelas políticas sociais públicas e pelo mercado. Na mesma linha, acreditamos que a integralidade é uma noção que pode ser explorada também no exercício profissional de modo articulado a outras políticas públicas, bem como ser incorporada na nossa agenda de estudos e pesquisas.

Desta forma, no horizonte da discussão travada até então, consideramos pertinente reafirmar que a formação dos assistentes sociais nas Residências Multiprofissionais em Saúde está orientada para a integralidade.

A configuração dos processos de trabalho/ensino nas Residências, em especial dos serviços de saúde que são lócus dessa formação, possui particularidades que favorecem o trabalho em equipe e a integralidade. A organização assistencial pauta na perspectiva de *campo e núcleo*, assim como os polos que articulam o ensino em serviço - a preceptoria ou supervisão entre as profissões, a prática de discussão de “casos”, seminários na equipe e o planejamento conjunto de ações - podem ser considerados como estratégias, no cotidiano dos processos de trabalho em saúde, para o fortalecimento da educação permanente de equipes, bem como para a construção da interdisciplinaridade em diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Os resultados da pesquisa realizada demarcam que a integralidade em saúde orienta o trabalho profissional, sendo enfocada pelos assistentes sociais através da ênfase para o conceito ampliado de saúde, do estabelecimento de mediações entre saúde e totalidade social. No que tange às contribuições para com a integralidade, estas estão associadas às particularidades dos saberes e ações profissionais, acionadas no trabalho em equipe. Dentre essas particularidades está a apreensão das necessidades de saúde através da experiência social dos sujeitos, da contextualização destas necessidades e da centralidade da afirmação de direitos nas abordagens assistenciais.

Desta forma, as contribuições da RMS para a construção da integralidade estão associadas à aprendizagem através do trabalho, enriquecida pela pertença a uma equipe multiprofissional, tendo como baliza pedagógica as diretrizes do SUS. Essa vivência particular oportunizada pela Residência fortalece a materialização da integralidade como processo, ou seja, como movimentos permanentes de qualificação da atenção em saúde. Essa formação também possibilita a qualificação do trabalho profissional tanto para a atuação no SUS como para outros espaços sócio-ocupacionais, pois oferece aportes para o trabalho interdisciplinar e para o desenvolvimento de ações assistenciais com diferentes enfoques.

Por fim, apontamos a elaboração do quadro 2 como uma contribuição dessa produção para o debate da contribuição do assistente social para as Residências e também dessa modalidade de formação para a qualificação dos desses profissionais. Nele, procuramos articular a materialização das diretrizes norteadoras dessa formação no plano do ensino em serviço, nos espaços com ênfase teórica e

também para a produção e sistematização de conhecimentos, juntamente com eixos que demarcam a particularidade do trabalho dessa profissão na atenção básica.

Consideramos também pertinente esboçar algumas proposições voltadas para o desafio de dar visibilidade, qualificar e ampliar as experiências profissionais do Serviço Social nas RMS, o que necessita de articulações político-profissionais e adensamentos teórico-práticos no plano das políticas de educação em saúde e no plano “interno” dessa categoria.

No que se refere ao primeiro plano, é fundamental fortalecer o acompanhamento conjuntural e a incidência política da categoria e suas entidades representativas nas esferas de controle social em saúde, tendo em vista somar forças no delineamento de uma lógica pública para essa área.

Outro ponto que merece ser alvo de debates é a constituição das câmaras técnicas da CNRMS. É fundamental que a participação das entidades da categoria nesse espaço possa apontar diretrizes para a formação do Serviço Social no contexto dos programas multiprofissionais, bem como particularizar essas diretrizes de acordo com a ênfase do programa e o âmbito do SUS. Na mesma linha, fortalecer a representação da categoria nos conselhos estaduais e realizar o acompanhamento das políticas de educação permanente, juntamente com a participação nos fóruns e espaços de articulação de preceptores e residentes, são estratégias importantes.

No âmbito da categoria profissional, consideramos uma ação fundamental a realização de um mapeamento nacional da inserção dos assistentes sociais nas Residências, como forma de produzir acúmulo sobre as tendências de formação e as áreas de concentração do programas em que há maior participação dos assistentes sociais. Consideramos que esse processo possa ser encaminhado através de articulação com grupos de trabalho e comissões dos CRESS e CFESS. Para tanto, a pauta da RMS precisa estar presente na agenda do conjunto CFESS/CRESS e da ABPESS tendo em vista a interface entre formação e exercício profissional.

Outra frente de ação é a construção de parcerias entre unidades de formação acadêmica de Serviço Social e seus grupos de pesquisa com os núcleos de

assistentes sociais das RMS, tendo em vista ampliar possibilidades de formação para essa área e realizar pesquisas e estágios de graduação integrados com a Residência. Através de tais parcerias, também poderiam ser organizadas publicações sobre a RMS, que reúnam e socializem as experiências profissionais e pesquisas desenvolvidas sobre essa formação, bem como a realização de fóruns e eventos periódicos sobre Serviço Social e Residências.

## 7. REFERÊNCIAS

ABEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 50, 1996.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROCO, M.L.S. Ética e serviço social: fundamentos ontológicos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BARROS; A. de J. P. de. ; LEHFELD, N. A. de S. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BEHRING, E. R. O Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERLINGUER, G. Medicina e Política. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, 1986. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)> Acesso em 26 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em 07 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_lei\\_8662.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf)> Acesso em 25 de setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei 8080/90a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)> Acesso em 12 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei 8142/90b. Disponível em < Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)> Acesso em 12 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 1996.  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm)> Acesso em 02 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº11.129 de 30 junho de 2005. Institui a residência por Área Profissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em:  
<<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11129.htm>> Acesso em 15 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº1077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em <  
<http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%201077%20DE%2012%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202009.pdf>> Acesso em 27 de novembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.802/2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)> Acesso em 27 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio da Saúde da Família – NASF. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)> Acesso em 05 de março de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial MEC/MS nº 593 de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Disponível em: <[http://74.125.95.132/search?q=cache:xJRhOQwFewMJ:www.abdir.com.br/legislacao/legislacao\\_abdir\\_16\\_5\\_08\\_8.doc+Portaria+interministerial+MEC/MS+n%C2%BA+593+de+15+de+maio+de+2008&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a](http://74.125.95.132/search?q=cache:xJRhOQwFewMJ:www.abdir.com.br/legislacao/legislacao_abdir_16_5_08_8.doc+Portaria+interministerial+MEC/MS+n%C2%BA+593+de+15+de+maio+de+2008&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a)>. Acesso em 18 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 699/GM de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabfev06.htm>>. Acesso em 20 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)> Acesso em 28 de março de 2009.

\_\_\_\_\_ Portaria Interministerial MEC/MS nº 506 de 24/04/2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº- 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria\\_506\\_08.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf)> Acesso em 12 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial MEC/MS n. 3.019/07. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_3019.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3019.pdf). Acesso em 30 de maio de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MEC/MS nº 45 de 12 de Janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_45\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf)>. Acesso em 12 de março de 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.996/GM/MS de 20/08/2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)> Acesso em 18 de julho de 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.111 de 5 julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/premus/1/8.pdf>> Acesso em 25 de abril de 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial MEC/MS nº 2.117 de 3 novembro de 2005. Institui no âmbito dos ministérios da Saúde e Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em:



<http://www.anaceu.org.br/conteudo/legislacao/portarias/2005%20-%20Portaria%20MEC%202117%20-%203%20novembro.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004 . 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 e dá outras providências. Disponível em: [http://www.retsus.epsiv.fiocruz.br/upload/documento/Portaria\\_1996\\_de\\_20\\_de\\_agosto\\_de\\_2007.pdf](http://www.retsus.epsiv.fiocruz.br/upload/documento/Portaria_1996_de_20_de_agosto_de_2007.pdf)>. Acesso em 12 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_; MS; CNS. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS. 3ed rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_; MS; SGTES. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL; MS. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2007. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>> Acesso em 25 de novembro de 2008.

\_\_\_\_\_. BRASIL; MS. Indicadores de Saúde, 2008. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel\\_%20indicadores\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf)>. Acesso em 22 de maio de 2009.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P. A. P. Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S; ET AL (orgs.). Saúde e Serviço Social. 2ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BUSS, M. P. Uma introdução ao conceito de Promoção em Saúde. In: CZERESNIA, D. (org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 8, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, fev, 2007.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413232000000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413232000000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 25 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. Reforma da reforma: repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: civilização brasileira, 2002.

CECCIM, R.B.. A emergência da educação e do ensino em saúde: interseções e intersectorialidades. In: *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 9-23, jan/jun., 2008.

\_\_\_\_\_. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”. Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005a.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Rev. Interface, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005b. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>

CECCIM, R.B. Observação da educação dos profissionais da saúde:evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília (DF): [s.n], 2004.

\_\_\_\_\_ ; ARMANI, T. B. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência e saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002 Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). Gestão em Redes: práticas de avaliação. Formação e participação em saúde. Rio de Janeiro:CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006.

\_\_\_\_\_. FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: Cadernos de Saúde Pública, vol. 20 (5), set-out, Rio de Janeiro, 2004a.

\_\_\_\_\_. FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis vol.14 no.1 Rio de Janeiro, 2004b.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-3312004000100004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-3312004000100004&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em 15 de março de 2009.

CECÍCIO, L.C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.

A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006a.

\_\_\_\_\_. Uma taxionomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R. ; FERLA, A. A. ; MATTOS, R. A (orgs.). Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006b.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de abril de 2010.

CFESS. Resolução CFESS N.º 273/93 de 13 março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_273-93.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf)>. Acesso em 17 de julho de 2009.

CHAUÍ, M. Universidade: Por que e como reformar?. Seminário MEC/SESu. Brasília: Ministério da Educação, 6 e 7 de agosto de 2003. Disponível em: <[http://www.danc.com.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=61&Itemid=104](http://www.danc.com.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=61&Itemid=104)>. Acesso em 15 de outubro de 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS 287/98. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>. Acesso em 01 novembro de 2009.

COSTA, L. C. Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, B. R. O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, C. N. Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo. 2ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008.

DAGNIGNO, E. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: DAGNIGNO, E. (org.). Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL; MS; SGETES. Política Nacional de Educação Permanente. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DIAS, M.T. G. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Tese. PUCRS, Faculdade de Serviço Social, 2007.

ENGELS, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ANTUNES, R. (org). A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

\_\_\_\_\_. Prefácio de Engels para a terceira edição de o 18 Brumário de Luis Bonaparte. In: MARX, K.. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Martin Claret, 2008.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: Interface – comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez, 2005. Disponível em: < [http://artigo cientifico.uol.com.br/uploads/artc\\_1142013023\\_37.pdf](http://artigo cientifico.uol.com.br/uploads/artc_1142013023_37.pdf)> Acesso em 21 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface Botucatu, v. 2, n. 3, Aug. 1998 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em de 17 de agosto 2009.

FEUERWERKER, L. C. M; ALMEIDA. Integração Ensino/Serviço: a Experiência da Rede Unida. In: Viana, A. L. (org). Recursos humanos em saúde : política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas : UNICAMP, 2002.

FERRETTI, C. J. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?. Educação e Sociedade. Campinas, v. 23, n. 81, Dez. 2002

FLEURY, S. T. Por uma sociedade sem excluídos(as). Observatório da Cidadania, 2007. Disponível em: <[http://74.125.47.132/search?q=cache:8yg1Vg-CtqIJ:www.ibase.br/userimages/sociedade.pdf+sonia+fleury.+Por+uma+sociedade+sem+exclu%C3%ADdos\(as\).&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://74.125.47.132/search?q=cache:8yg1Vg-CtqIJ:www.ibase.br/userimages/sociedade.pdf+sonia+fleury.+Por+uma+sociedade+sem+exclu%C3%ADdos(as).&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em 21 de junho de 2009.

\_\_\_\_\_. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, S. T (org.) 3ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

FNEPAS. Diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde, 2008. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/termo\\_oficina1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/termo_oficina1.pdf). Acesso em 10 de junho de 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E.E (ORG). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E.E (ORG). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRIGOTTO, G. Educação e a crise do capitalismo real. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GASKELL, P. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som, um manual prático. 3. ed. Petrópolis : Vozes, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 22, jun, 2006.

GIRARDI, S. N. ET AL. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: BARROS, A. F. do R. (org) et al. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

GUEDES, A. E. Da integração de programas à integralidade das ações de saúde: algumas reflexões preliminares: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

HARVEY, D. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 17 ED. Loyola: São Paulo, 2008.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CFESS. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo-social. In: NUNES, E. D. (org.) Medicina Social: aspectos teóricos e históricos. São Paulo: Global Ed, 1983.

LEFEBVRE, H. Lógica formal, lógica dialética. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1991.

\_\_\_\_\_. Para compreender o pensamento de Karl Marx. Lisboa: Edições 70, 1981.

MARCONI, M. de A e LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, M. L (org.). Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

\_\_\_\_\_.Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A (orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. . Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

MARX, K.. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Martin Claret, 2008.

\_\_\_\_\_. Contribuição à crítica da economia política. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

\_\_\_\_\_. A Questão Judaica. In: MARX, K. Manuscritos Econômico-Filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2006a.



\_\_\_\_\_. Terceiro Manuscrito. In: MARX, K. Manuscritos Econômico-Filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2006b.

\_\_\_\_\_. Processo de trabalho e processo de valorização. IN: ANTUNES, R. (org). A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2004a.

\_\_\_\_\_. Trabalho estranhado e propriedade privada. IN: ANTUNES, R. (org). A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2004b.

\_\_\_\_\_. Crítica ao programa de Gotha: observações sobre o programa do Partido Operário Alemão. IN: ANTUNES, R. (org). A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2004c.

\_\_\_\_\_. Manifesto do Partido Comunista. In: Marx, K. ; Engels, F.; Coutinho, C. N. [ et al]. O manifesto Comunista 150 anos depois. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.

\_\_\_\_\_. O capital. Vol I. Livro I. O Processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Editora Bertrand do Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_. ENGELS, F. A Ideologia Alemã. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. Distrito sanitário : o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo : HUCITEC, 1994.

MENDES, J. M. R.; PRATES, J.; AGUINSKY, B. Refletindo sobre avaliação: a construção de uma razão inclusiva. Artigo, Porto Alegre Revista ADPPUCRS, 2006.

MERHY E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS CR, MALTA DC, REIS AT, SANTO AF, MERHY EE (ORG). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MÉSZÁROS, I. A educação para além do capital. São Paulo: Boitempo, 2005.

MINAYO, M. C. De S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A.E. (orgs.) et al . Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no pós-64. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. Transformação societárias e Serviço Social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 50, ano XVII, abr. São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUERIA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A.E. (orgs.) et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

\_\_\_\_\_. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. Recursos humanos em saúde no Brasil : problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo : USP, 1994.

PAIVA, B. A. de; SALES, M. A. A nova ética profissional: práticas e princípios. In: DILSEA, A. B. (Org.). Serviço social e ética: convite a uma nova práxis. 5. ed . São Paulo: Cortez, 2003.

PEREIRA, P. A. P. Necessidades humanas. Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Política Social: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro:CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006.

PRATES, J. C. ; LEWGOY, A . Os processos de supervisão e assessoria à rede socioassistencial. In: MENDES, J.M R; PRATES, J C; AGUINSKY, B. (Org.). O Sistema Unico de Assistência Social: entre a fundamentação e o desafio da implantação. 1 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

RAMOS ET AL. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL; MS; SGTES. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela Pedagogia das Competências: para além da superfície dos documentos oficiais. Educação e Sociedade. Campinas, v. 23, n. 80, Set. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302002008000020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002008000020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 17 junho de 2010.

RIBEIRO, E. M. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 20, n. 2. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 1990. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, maio/ago, 2005.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. In: Ciência e saúde coletiva, v.13, supl.2, Rio de Janeiro, dez. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900002&lng=pt). Acesso em 15 de setembro de 2009.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SEVERINO, A. J ET AL; SÁ, M. L. J. (org.). Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 3ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, J. P. V. et al. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez, 2003.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. 2ed. São Paulo:Cortez, 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo : Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço social e práticas democráticas na saúde In: MOTA, A.E. (orgs.) et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS. E. M. O Taylorismo e a construção da medicina nas classes populares. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 31, ano X, dez. São Paulo: Cortez, 1989.

WOOD, E. M. Em defesa da história : marxismo e pós-modernismo. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1999.

## 8. APÊNDICES

## **Apêndice A**

Questionário para assistentes sociais residentes

Instituição de ensino em que realizou a Residência: ( ) CSEM/EPS ( ) SSC/ GHC

Período em que realizou a Residência: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da graduação e faculdade/universidade: \_\_\_\_\_

- Antes de realizar a Residência você possuía experiências no SUS? (Múltipla escolha)  
( ) Não ( ) Sim. Se sim, Quais? ( ) estágios na graduação ( ) experiência profissional  
( ) participação em pesquisas ( ) movimentos sociais, estudantis ou fóruns de saúde  
( ) Outras experiências. Quais? \_\_\_\_\_
  
- Quais os principais aspectos que te motivaram a realizar a RMS? Enumere por ordem de relevância os itens que considerar pertinentes:  
( ) oportunidade de primeira experiência profissional  
( ) atividade remunerada/valor da bolsa  
( ) realizar pós-graduação  
( ) interesse em trabalhar no SUS e estudar o SUS  
( ) dar continuidade a experiências anteriores desenvolvidas no SUS  
( ) identificação com os princípios do SUS e com a consolidação dessa política pública  
( ) qualificação do trabalho profissional  
( ) outras motivações. Quais? \_\_\_\_\_

1.3 Sobre a sua inserção como residente de Serviço Social nos processos de trabalho e ensino realizados na UBS, qualifique as ações descritas abaixo:

- (1) Participação contínua do Serviço Social (2) Participação esporádica do Serviço Social  
(3) Não há participação do Serviço Social

- ( ) atendimentos nos programas de saúde de atenção básica ( ex: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, entre outros)
- ( ) Acolhimento (acesso dos usuários ao serviço)
- ( ) Acompanhamento a famílias
- ( ) Visitas domiciliares
- ( ) Abordagens grupais junto à população
- ( ) Controle social/mobilização comunitária
- ( ) Interconsultas
- ( ) Acompanhamento interdisciplinar a famílias
- ( ) Elaboração e execução de projetos interventivos do Serviço Social
- ( ) Elaboração e execução de projetos interventivos interdisciplinares
- ( ) Planejamento/gestão da atenção em saúde
- ( ) Planejamento/gestão da UBS
- ( ) Outras ações. Quais? \_\_\_\_\_

2.1 Quais os valores e princípios que orientam o seu trabalho, no processo de formação em serviço na Residência? Marque abaixo até 6 itens que você considerar mais importantes:



- ( ) liberdade como valor ético central
- ( ) Defesa dos direitos humanos
- ( ) Ampliação e consolidação da cidadania
- ( ) Defesa do aprofundamento da democracia
- ( ) Posicionamento em favor da equidade e justiça social
- ( ) Empenho na eliminação dos preconceitos
- ( ) Pluralismo
- ( ) Projeto profissional vinculado a construção de uma nova ordem societária sem dominação-exploração
- ( ) Articulação com movimentos de outras categorias profissionais e com a luta dos trabalhadores
- ( ) Compromisso com a qualidade dos serviços
- ( ) Exercício do Serviço Social sem ser discriminado nem discriminar
- ( ) Saúde como direito social e dever do Estado
- ( ) Universalidade do acesso a saúde
- ( ) Equidade em saúde
- ( ) Integralidade em saúde
- ( ) Participação popular/controle social
- ( ) Descentralização
- ( ) Regionalização/ hierarquização

2.2 Sobre o trabalho realizado pelo Serviço Social na UBS, complete as frases abaixo:

- ✓ O objeto do trabalho do assistente social na atenção básica é ...  
\_\_\_\_\_
- ✓ Penso que a integralidade em saúde, diretriz do SUS, significa ...  
\_\_\_\_\_
- ✓ O trabalho do assistente social contribui para a integralidade da atenção em saúde através ... \_\_\_\_\_

3.1 Você acredita que a formação em Residência possibilita a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências para a efetivação do modelo assistencial previsto pelo SUS?

- ( ) Sim    ( ) Em parte    ( ) Não

Se você respondeu sim, dê 2 exemplos:

\_\_\_\_\_

Se você respondeu em parte ou não, justifique sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.2 No caso de você já ter concluído a Residência, qual atividade profissional você desenvolve atualmente? \_\_\_\_\_

O processo de qualificação profissional realizado na residência oferece aportes para essa atividade?

( ) Sim

( ) Em parte

( ) Não

Se você respondeu sim, dê um exemplo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.3 A partir do processo de formação vivenciado na residência, responda a pergunta a abaixo:

Quais as contribuições da formação em Residência para a construção da integralidade no SUS e para a qualificação do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Apêndice B**

Roteiro de entrevista para assistentes sociais residentes

- 1) Qual o ano em que você ingressou e concluiu a Residência na \_\_\_\_\_?
- 2) Você considera que a bolsa proporcionada pela Residência oferece suporte material necessário para o desenvolvimento dessa formação em regime de dedicação exclusiva?
- 3) Como você avalia a carga horária da Residência em relação ao processo de formação?
- 4) Como você avalia as condições ofertadas pela instituição em relação a qualidade do processo de formação, tanto no que tange ao serviço como atividades de reflexão teórica e pesquisa?

5) Que aspectos que te motivaram a realizar a RMS?

6) Por que você escolheu realizar a RMS neste âmbito do SUS e nesta instituição formadora?

7) Caracterize como se dá a inserção do Serviço Social nos processos de ensino/trabalho na RMS nos seguintes âmbitos:

a) Nos serviços no qual é desenvolvida a Residência:

Quais as atividades desenvolvidas no que tange ao cuidado e gestão em saúde?

Qual sua atuação no contexto da equipe multidisciplinar, em especial na interface com demais profissões?

b) Nas abordagens pedagógicas da RMS efetivadas no contexto do ensino em serviço: Como se materializa a concepção ampliada de saúde no processo de ensino em serviço?

Como você identifica a participação, enquanto residente de Serviço Social, no processo de formação integral e interdisciplinar?

Como se efetiva a integração dos diferentes saberes e práticas tendo em vista a construção de competências compartilhadas no processo de formação?

Qual sua participação enquanto residente de Serviço Social neste processo?

Qual a participação do Serviço Social nas atividades de reflexão teórica que congregam as diferentes áreas?

Como é desenvolvida as atividades de reflexão teórica do Serviço Social na RMS (metodologia, plano de ensino)?

8) O que você identifica como particularidades do Serviço Social no interior dos processos de ensino/trabalho da Residência, em especial no que tange a sua participação nas equipes multiprofissionais (saberes profissionais, objeto profissional, projetos de trabalho desenvolvidos, abordagens no cuidado em saúde e na gestão)?

9) Qual a relevância do Serviço Social nas equipes multiprofissionais, tanto no que refere à atenção em saúde como no processo de formação dos residentes?

---

10) O que você identifica como necessidades de saúde da população usuária?

11) O que você acredita ser o objeto do trabalho do assistente social e como ele se expressa nas diferentes situações vivenciadas na UBS? E como ele permeia as necessidades e demandas da população usuária?

11 B ) o que você entende por integralidade?

12) Como, no contexto do processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, você busca o atendimento integral a essas necessidades? Essas necessidades são atendidas integralmente no contexto da UBS? (intrasetorialidade e intersetorialidade)

13) O que você acredita ser necessário para materializar a integralidade, a partir da atenção básica em saúde? Aponte isso em relação ao processo de trabalho realizado na equipe (Interdisciplinaridade), à organização da UBS (gestão do serviço e do processo de trabalho) e políticas públicas, em especial a de saúde.

14) O que você percebe como produto do seu trabalho na UBS, na atenção em saúde direcionada à população?

15) Como seu trabalho contribui para integralidade da atenção em saúde?

16) Como você trabalha na relação ensino-trabalho, no processo de formação da Residência, a integralidade da atenção em saúde?

---

17) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a qualificação da dimensão ético-política do seu trabalho no SUS? (No caso de você atualmente estar inserido (a) em outra política pública, você identifica essa contribuição)?

18) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências para a efetivação do modelo assistencial previsto pelo SUS? Aponte isso em relação ao campo de saberes e práticas da saúde e ao núcleo profissional (saberes e práticas do Serviço Social).

19) Como você avalia as contribuições da formação em RMS para a efetivação do trabalho pautado na perspectiva da integralidade?

20) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a qualificação do seu trabalho frente ao atual modelo e política de atenção básica, tal como a Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família?

21) Essa formação favoreceu sua inserção no SUS, em especial na Atenção Básica?

22) No caso de você estar trabalhando em outro âmbito do SUS, política pública, instituição de ensino, quais as contribuições da Residência para as atividades profissionais que realiza atualmente?

23) A partir da sua experiência na Residência, como você avalia a formação profissional no Serviço Social, no sentido desta contemplar a realidade do SUS e a integralidade?

24) Diante do exposto, você identifica a necessidade de serem feitas mudanças na formação profissional e na Residência?

25) Tomando por referência sua experiência na Residência, que desafios você percebe para a produção de conhecimentos em Serviço Social sobre a política de saúde e o trabalho do assistente social nessa área?

## **Apêndice C**

Roteiro de entrevista para assistentes sociais preceptores

1) Quanto à sua inserção como trabalhador(a) na instituição \_\_\_\_\_, responda:

- a) Qual sua carga horária de trabalho?
- b) Qual seu vínculo empregatício?
- c) Qual o valor de sua remuneração?
- d) Há isonomia salarial na instituição?
- e) Qual seu tempo de serviço na instituição?
- f) Qual seu tempo de trabalho na RMS?
- g) Como você avalia as condições de trabalho ofertadas pela instituição?
- h) Como você avalia as condições de trabalho para o desenvolvimento de atividades de ensino?
- i) Você recebe algum incentivo de remuneração para o trabalho com ensino?

2) Você possui formação complementar na área de Serviço Social, Saúde ou áreas afins?

3) O fato de você trabalhar com o ensino na RMS trate-se de escolha pessoal ou ocorreu por determinação institucional?

4) Caracterize como se dá a inserção do Serviço Social nos processos de ensino/trabalho na Residência nos seguintes âmbitos:

a) Nos serviços no qual é desenvolvida a Residência:

Quais as atividades desenvolvidas no que tange ao cuidado e gestão em saúde?

Qual sua atuação no contexto da equipe multidisciplinar, em especial na interface com os preceptores das demais áreas e os residentes?

b) Nas abordagens pedagógicas da Residência efetivadas no contexto do ensino em serviço:

Como você trabalha com a concepção ampliada de saúde nas abordagens de ensino com os residentes/equipe?

Como você identifica a participação do Serviço Social no processo de formação integral e interdisciplinar?

Qual sua participação na integração dos diferentes saberes e práticas tendo em vista a construção de competências compartilhadas no processo de trabalho em saúde?

Qual a participação do Serviço Social nas atividades de reflexão teórica que congregam as diferentes áreas?

Como é desenvolvida as atividades de reflexão teórica do Serviço Social na RMS (metodologia, plano de ensino)?

5) O que você identifica como particularidades do Serviço Social no interior dos processos de ensino/trabalho da RMS, em especial no que tange a sua participação nas equipes multiprofissionais (saberes profissionais, objeto profissional, projetos de trabalho desenvolvidos, abordagens no cuidado em saúde e na gestão)?

6) Qual a relevância do Serviço Social nas equipes multiprofissionais, tanto no que refere à atenção em saúde como no processo de formação dos residentes?

---

7) Quais os principais valores e princípios que, na sua avaliação, orientam o trabalho do assistente social na área da saúde, em especial na atenção básica do SUS?

8) O que você entende por integralidade em saúde, considerando ser esta uma diretriz do SUS?

9) Como você articula esses valores e princípios na condução das atividades realizadas na UBS, nos trabalhos que você efetiva?

10) Que limites e potencialidades você identifica para efetivação destes valores e princípios, tendo em vista o contexto e as condições nas quais se dá seu trabalho?

11) O que você identifica como necessidades de saúde da população usuária?

12) O que você acredita ser o objeto do trabalho do assistente social e como ele se expressa nas diferentes situações vivenciadas na UBS? E como ele permeia as necessidades e demandas da população usuária?

13) Como, no contexto do processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, você busca o atendimento integral a essas necessidades? Essas necessidades são atendidas integralmente no contexto da UBS? (intra-setorialidade e inter-setorialidade)

14) O que você acredita ser necessário para materializar a integralidade, a partir da atenção básica em saúde? Aponte isso em relação ao processo de trabalho realizado na equipe (Interdisciplinaridade), à organização da UBS (gestão do serviço e do processo de trabalho) e políticas públicas, em especial a de saúde.

15) O que você percebe como produto do seu trabalho na UBS, na atenção em saúde direcionada à população?

16) Como seu trabalho contribui para integralidade da atenção em saúde?

17) Como você trabalha na relação ensino-trabalho, no processo de formação da Residência, a integralidade da atenção em saúde?

---

18) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a qualificação da dimensão ético-política do trabalho dos assistentes sociais?

19) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências para a efetivação do modelo assistencial previsto pelo SUS? Responda em relação ao campo de saberes e práticas da saúde e ao núcleo profissional (saberes e práticas do Serviço Social).

20) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a efetivação do trabalho pautado na perspectiva da integralidade?

21) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a qualificação de assistentes sociais aptos a atuarem no atual modelo e política de atenção básica, tal como a Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

22) Essa formação favorece a inserção dos assistentes sociais egressos no SUS, em especial na Atenção Básica?

23) A partir da sua experiência na Residência, como você avalia a formação profissional no Serviço Social, no sentido desta contemplar a realidade do SUS e a integralidade?

24) Diante do exposto, você identifica a necessidade de serem feitas mudanças na formação profissional e na Residência?

25) Tomando por referência sua experiência na Residência, que desafios você percebe para a produção de conhecimentos em Serviço Social sobre a política de saúde e o trabalho do assistente social nessa área?



## **Apêndice D**

Termo de consentimento livre e esclarecido

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo de consentimento refere-se à participação na pesquisa intitulada **“O Serviço nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a Integralidade?”** de autoria de Thaísa Teixeira Closs. Trata-se de investigação realizada a partir do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob a orientação da professora Dra. Jane Cruz Prates.

O estudo tem como objetivo analisar o impacto da inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica, com vistas a identificar as contribuições do Serviço Social para a construção da integralidade e as repercussões da Residência para a qualificação dessa profissão.

A coleta de dados ocorrerá junto a dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde situados no município de Porto Alegre - Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – através de entrevistas e questionários com assistentes sociais residentes e preceptores, bem como por meio de grupos focais com as equipes multiprofissionais.

Desta forma, **solicitamos a sua colaboração em conceder-nos uma entrevista de aproximadamente 60 minutos de duração**, a ser realizada em local e horário que possua disponibilidade. Solicitamos sua permissão para a gravação da entrevista, tendo em vista otimizar o registro do processo de coleta e a realização da análise das informações coletadas.

A participação nesta pesquisa não oferece risco ou dano à instituição ou à pessoa participante, tendo em vista que os dados estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado. As entrevistas coletadas e gravadas serão inutilizadas após a análise do conteúdo. Além disso, está assegurada a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, sem que isto implique em constrangimentos.

Ficaremos a disposição para esclarecer dúvidas quanto ao desenrolar do trabalho e assuntos a ele relacionados pelos telefones: (51) 33203345 (Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS) e (51) 33203500 ramal 4114 (Núcleo de demandas e Políticas Sociais – Faculdade de Serviço Social PUCRS).

**Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado sobre os objetivos deste estudo e concordo em prestar as informações. Fui igualmente informado e esclarecido da garantia de poder retirar meu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento, da segurança de que não serei identificado em nenhuma de suas etapas e da possibilidade de solicitar informações sobre este estudo. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.**

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo de consentimento refere-se à participação na pesquisa intitulada **“O Serviço nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a Integralidade?”** de autoria de Thaísa Teixeira Closs. Trata-se de investigação realizada a partir do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob a orientação da professora Dra. Jane Cruz Prates.

O estudo tem como objetivo analisar o impacto da inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica, com vistas a identificar as contribuições do Serviço Social para a construção da integralidade e as repercussões da Residência para a qualificação dessa profissão.

A coleta de dados ocorrerá junto a dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde situados no município de Porto Alegre - Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – através de entrevistas e questionários com assistentes sociais residentes e preceptores, bem como por meio de grupos focais com as equipes multiprofissionais.

Desta forma, **solicitamos a sua colaboração em responder um questionário**, a ser preenchido em local e horário de sua disponibilidade ou por meio eletrônico.

A participação nesta pesquisa não oferece risco ou dano à instituição ou à pessoa participante, tendo em vista que os dados estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado.

Ficaremos a disposição para esclarecer dúvidas quanto ao desenrolar do trabalho e assuntos a ele relacionados pelos telefones: (51) 33203345 (Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS) e (51) 33203500 ramal 4114 (Núcleo de demandas e Políticas Sociais – Faculdade de Serviço Social PUCRS).

**Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado sobre os objetivos deste estudo e concordo em prestar as informações. Fui igualmente informado e esclarecido da garantia de poder retirar meu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento, da segurança de que não serei identificado em nenhuma de suas etapas e da possibilidade de solicitar informações sobre este estudo. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.**

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

