

Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão

Education in health and Social Work: the residences at issue

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO*



RESUMO – A discussão em torno da formação em saúde e dos programas de residência ganhou relevância no Serviço Social a partir do final dos anos 2000, tendo em vista a ampliação da inserção dos assistentes sociais nos programas. Ao mesmo passo que se avança na qualificação da formação continuada em saúde, tem-se o aprofundamento do projeto de mercado proposto para a área da saúde a partir dos governos Lula e Dilma. Assim, o presente artigo visa apresentar o debate sobre a formação em saúde e as particularidades do processo formativo na residência, apontando elementos para qualificar a inserção dos assistentes sociais neste espaço.

Palavras-chave – Formação em saúde. Serviço Social. Residência.

ABSTRACT – The discussion of education in health and residency programs gained relevance in Social Work from the late 2000s, with the expansion of the integration of social workers in programs. At the same step that advances in the quality of continuing education in health, has been the deepening of market design proposed for health from governments Lula and Dilma. Thus, this article, presents the debate over health training and the particularities of the training process in residence, pointing elements to qualify the inclusion of social workers in this space.

Keywords – Education in health. Social Work. Residency.

* Mestra em Serviço Social pela UFJF, Doutoranda em Serviço Social pela UFRJ. Coordenadora do Serviço Social na Residência Multiprofissional Saúde do Adulto - HU/UFJF; professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: marinamccastro@yahoo.com.br

Submetido em: julho/2013. Aprovado em: outubro/2013.

O debate sobre a formação em saúde se adensou a partir do final dos anos 2000, motivado, principalmente, pela proposição pelo Ministério da Saúde de políticas indutoras. Dentre elas, destacam-se os Programas de Residência Multiprofissionais.

A partir de 2009, o Serviço Social passa a se inserir de forma ampla nestes programas, e este novo cenário traz à profissão o desafio de problematizar as especificidades de inserção e atuação neste espaço, como também de afirmar os pressupostos que o Serviço Social historicamente vem defendendo para formação e exercício profissional de qualidade e comprometido com a população usuária dos serviços públicos de saúde.

Neste sentido, este artigo tem por objetivo levantar o debate sobre a inserção dos assistentes sociais nos programas de residência e apontar alguns desafios para a inserção neste espaço, tendo em vista o contexto de ataque ao projeto de reforma sanitária e à política de saúde e a precarização do trabalho profissional.

Formação em saúde: debates e desafios

A partir do Projeto de Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) as problematizações em torno da formação profissional tornaram-se centrais.

O Projeto de Reforma Sanitária¹ propôs a ampliação da visão sobre a saúde e seus determinantes, buscando que esta fosse concebida como um direito do cidadão e dever do Estado. Na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, os ideais da Reforma Sanitária foram afirmados, e a saúde foi disposta como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado garanti-la através de políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, provendo as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A saúde passou a ter como fatores determinantes e condicionantes alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços sociais, formando assim o que foi identificado como conceito ampliado de saúde.

Para consolidação destes pressupostos, um dos primeiros desafios seria a ruptura com o modelo técnico-assistencial médico hegemônico – centrado na especialização, nos procedimentos, nos hospitais, na alta tecnologia e nos fármacos –, que segue as diretrizes do desenvolvimento tecnológico na área e da acumulação de capital.

O modelo médico hegemônico ou procedimento-centrado tem sua afirmação no Relatório Flexner publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, que consolida o paradigma flexneriano de atenção à saúde. Este se fundamenta em biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. Pode ser descrito como tratamento, cura e recuperação da doença, de forma pura e simples (MENDES, 1998). Tem como principal compromisso a assistência à saúde pautada na produção de procedimentos, para secundariamente traçar um comprometimento com as necessidades dos usuários. “A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associadas à crescente medicalização da sociedade” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 73).

Este modelo direcionou historicamente o trabalho e a formação na área da saúde, implicando uma visão individualista, desconectada do contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias convencionais de uso de equipamentos e máquinas, que resultam numa abordagem ao usuário fragmentada e mecanicista. Este modelo, que vem sendo perpetuado nas instituições formadoras da área da saúde, segmenta saberes e indivíduos (CASTRO, 2009).

O Projeto Reforma Sanitária irá combater esta perspectiva, repensando a formação profissional a partir dos princípios e diretrizes do SUS e do conceito ampliado de saúde. Assim, este projeto visa

configurar um perfil profissional comprometido com democratização do sistema público de saúde pautado na participação popular, na universalização e descentralização dos serviços de saúde que vão de encontro com os princípios do paradigma flexneriano (OLIVEIRA, 2009).

Um primeiro elemento para qualificar esta formação seria o reforço e o resgate dos princípios do SUS. Cotta e colaboradores (2007) enfatizam a necessidade de regatar os princípios do SUS como elementos orientadores da formação em saúde a fim de formar profissionais preparados para uma apreensão das determinações da realidade, especialmente a realidade brasileira, marcada pela extrema desigualdade e pobreza.

Partindo da concepção de saúde como um processo determinado socialmente, os autores salientam que as condições de saúde estão atreladas a uma série de elementos complexos que são determinados pelo modo como uma sociedade organiza seu modo de vida nas esferas econômica, política, social e cultural.

Outro elemento é o deslocamento da centralidade na figura do médico. Partindo da compreensão de que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla – social, psicológica, biológica e cultural –, e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde-doença fazem parte de um intenso e complexo processo de múltiplas determinações, compreende-se que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER et al., 1999).

As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários.

No entanto, sabemos que a especialização, a medicalização e a formação particularizada são cultuadas até o presente e têm solidificado a hegemonia da profissão médica que, mesmo quando considerada protagonista pelas outras profissões de saúde, tem muita dificuldade de desenvolver o trabalho cooperativo, de reconhecer os limites de sua formação, o que reduz o potencial de absorver as contribuições científicas e operativas das outras treze profissões de saúde. A aceitação destes conhecimentos, quando acontece, é ainda marcada por reconhecimentos pontuais (CASTRO; OLIVEIRA; STEPHAN-SOUZA, 2011).

Um terceiro elemento é a relação entre formação e trabalho em saúde. Ceccim (2005) aponta que o mote para a transformação das práticas em saúde é a formação e a qualificação no desenvolvimento do trabalho. Para isso há que ter em mente que a formação deve ser pautada na realidade social e individual de cada situação de saúde, nas reais necessidades dos usuários e no processo de reflexão articulado à vivência, elementos esses que serão facilitadores da educação permanente em saúde.

A noção de trabalho e formação envolve o cruzamento dos componentes da formação dos profissionais, a gestão, a participação da sociedade e o ordenamento das práticas de atenção à saúde. O trabalho em saúde deve ir além da busca de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia. Deve buscar, além destes componentes, o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde individual e coletiva, o desenvolvimento da gestão setorial e do controle social (CECCIM, 2005).

É sabido que a partir dessas transformações, principalmente da formação não baseada no modelo biomédico, se abre espaço para a construção do trabalho em equipe e de práticas interdisciplinares. Assim, deixará de ser reproduzido o conhecimento formalmente adquirido, isolado, com comunicação restrita entre os pares, e o formalismo entre as profissões que dividem o mesmo espaço e processo de trabalho (STEPHAN-SOUZA, 1999).

Desde o final dos anos 2000, o Ministério da Saúde vem lançando editais com vistas à mudança da formação e do trabalho em saúde. Os programas vislumbram mudanças na formação, propondo a construção de um trabalho interdisciplinar e coletivo atento aos princípios e diretrizes do SUS e que

qualifique as ações em saúde. Assim, abre espaço para a afirmação de um trabalho com potencial de envolvimento das treze categorias profissionais de saúde de nível superior – Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Veterinária, Química, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biologia, Biomedicina, Fonoaudiologia (conforme Resolução 287 de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde) –, de forma efetiva e não apenas tangencial (STEPHAN-SOUZA et al., 2011).

Dentre os programas, destacam-se:

1. Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde –, que tem por objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, com vistas a promover transformações na prestação de serviços à população.
2. PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – que tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e visa a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde.
3. Programas de Residência Multiprofissional – busca o preparo de profissionais qualificados para a assistência à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

Busca-se com estes programas a construção de uma nova consciência sanitária e pedagógica e a adesão dos profissionais a um novo projeto que se refaz na crítica aos procedimentos realizados e na busca da formação do trabalho coletivo com base na interdisciplinaridade.

Assim, não é possível desassociar a proposta de transformação do modelo tecnoassistencial proposto pelo SUS das mudanças na formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, a integração ensino-serviço torna-se o espaço privilegiado de reflexão sobre o ensino e ações em saúde (CASTRO; OLIVEIRA; STEPHAN-SOUZA, 2011).

O debate sobre a formação em saúde, conforme Cotta e colaboradores (2007), deve partir da análise da educação nos processos de desenvolvimento e construção da sociedade em dois sentidos: formar profissionais capazes de atender as demandas e as necessidades da sociedade e formar cidadãos comprometidos com a relevância, a efetividade, a qualidade do seu trabalho, e capazes de problematizar a sua inserção na sociedade.

Assim, os pilares da formação em saúde seriam: o pensamento crítico e produtivo, o ensino em consonância com o serviço, a conscientização do aluno frente à realidade da população, a autonomia individual e coletiva, o aprendizado baseado nos problemas da população assistida, de modo que o profissional atue como sujeito transformador da realidade.

Formação em saúde: as especificidades dos programas de residência

As residências em saúde, tanto em área específica quanto multiprofissional, são regulamentadas pela Lei 11.129 de 2005, que institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS; e pela portaria interministerial 1077 de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas para as Residências e a CNRMS.

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

Com esses programas busca-se sedimentar um paradigma que supere os polos saúde pública/assistência médica individual, ou prevenção e cura, lutando por uma nova qualidade da assistência e para que a população tenha condições de compreender o significado do direito à saúde e da dimensão das desigualdades sociais. Para tal, deve-se valorizar as representações da população sobre saúde, doença, serviços de saúde, qualidade e disponibilidade (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO; LIMA, 2001, p. 61):

A Residência é justamente esse espaço de aprendizagem em que o Serviço Social, ao mesmo tempo em que se fundamenta nos conhecimentos predominantes na saúde, também apresenta ao conjunto das profissões desta área as concepções oriundas da compreensão social e política referente à saúde. Desse modo, mediatiza dois conhecimentos que, além de produzirem um benefício mútuo, diretamente contribuem para qualificar a assistência nos serviços, com respostas diretas sobre as necessidades trazidas pela população.

No âmbito do Serviço Social, a residência deve ser pensada no sentido de aprofundar a reflexão sobre as relações do Estado, a política de saúde e a inserção dos assistentes sociais na área, como também de possibilitar o trânsito do Serviço Social por um conjunto de disciplinas que facilitem a absorção de alternativas teórico-práticas que ultrapassam os limites da especialização tradicionalmente inscrita na área da saúde, além de suscitar reflexões acerca do trabalho em saúde.

Dessa forma, os programas de residência na área de Serviço Social devem ter por objetivo formar assistentes sociais em nível de pós-graduação *lato sensu*, tendo em vista a educação continuada e o conhecimento relativo à saúde; contribuir para integração dos profissionais dentro de uma perspectiva de interdisciplinaridade e complementaridade entre o conhecimento social e biológico; aprofundar o conhecimento de práticas pedagógicas; estimular a pesquisa; planejar, implantar, intervir e avaliar programas de assistência nas áreas do hospital universitário; ampliar o conhecimento em saúde e capacitar profissionais na área da saúde a fim de gerar conhecimentos e prestar assistência de referência (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO; LIMA, 2001).

Mas qual é a realidade de formação e trabalho que temos hoje?

A partir dos anos 1990, temos no Brasil a entrada do ideário neoliberal que adota a ideia de Estado mínimo para a área social e forte para as áreas relativas ao mercado e que influenciam a acumulação de capital. A conjuntura nacional é de redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação, manipulação dos espaços de controle social e minimização dos direitos garantidos na Constituição de 1988.

Neste processo, a educação é atacada, tornando-se campo de lucratividade para o capital em crise e delineando a difusão do projeto burguês de sociabilidade. A reforma do ensino superior realizada, capitaneada pela lógica da privatização e da lucratividade, compromete a direção social e estimula a reação conservadora e regressiva no universo acadêmico e profissional, com repercussões políticas no processo de organização das profissões (IAMAMOTO, 2007).

No âmbito da saúde, o movimento de Reforma Sanitária é posta em xeque. As políticas passam a ser alvo das contenções de gastos e volta-se para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois é vista como uma das causas da elevação do déficit público. De acordo com Bravo (2001), neste período, surgem dois projetos em disputa no campo da saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista.

O confronto entre estes projetos caracteriza a conjuntura atual do campo da saúde, expressando os embates referentes aos que buscam a efetivação do Projeto Reforma Sanitária e o Projeto Articulado ao mercado, de cunho neoliberal que é desempenhado pelo Estado brasileiro.

Importa considerar que o trabalho em saúde também sofreu influências das mudanças tecnológicas e do modo de organização do trabalho (processo produtivo flexível), vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Em consequência, esse processo influencia assim na priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial, pela falta de recursos, racionalização burocrática, focalização dos programas sociais, falha das tecnologias informacionais, superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários (COSTA, 2000). Este quadro atingiu diretamente a política de saúde e se chocou com os princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, o trabalhador de saúde, inserido no modo de produção do capitalismo, lida com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com adoecimento, miséria, desemprego, violência, com a produção social da doença inserida nesse modo de produção. Além disso, tem sua formação, muitas vezes, em escolas que priorizam a técnica ou uso de tecnologias pesadas, preservando a visão mercadológica e a supremacia de uma profissão sobre a outra (FORTUNA et al., 2002).

Há, ainda, as particularidades de cada profissão, que possuem interpretações diferenciadas do processo saúde-doença e das demandas postas pelos usuários. Estas diferenças, muitas vezes, causam embates que fazem com que muitas profissões “se fechem” corporativamente, na busca pela manutenção de seu espaço e dos projetos que possuem.

Pode-se perceber que o cenário que temos hoje em torno da política e formação em saúde e dos programas de residência é complexo. Assim, identificam-se diversos desafios e debates que é preciso enfrentar e debater, dentre os quais destacam-se:

- Problematizar os processos de precarização do trabalho, a não realização de concursos públicos e o enxugamento de quadros profissionais na saúde *versus* o significado da expansão dos programas de residências e entrada de profissionais nos serviços via esta modalidade;
- Ultrapassar a lógica de entendimento da residência enquanto treinamento em serviço, como mecanismo de “substituição de mão de obra”;
- Compreender a residência como espaço de formação para o trabalho em saúde que e articula as várias dimensões da formação profissional;
- Debater as especificidades da atuação do assistente social residente no que concerne, entre outros, a autonomia profissional, supervisão de estágio, condições éticas e técnicas de trabalho;
- Avaliar se estamos formando profissionais para o trabalho no Sistema Único de Saúde e se os egressos estão se inserindo na política pública de saúde;
- Problematizar e avaliar a relação entre formação profissional modalidade EAD e a inserção nos programas de residência;
- Debater os programas de residência enquanto uma forma de formação/educação permanente;

- Trabalhar a formação em saúde não como uma disciplina isolada e não como exclusiva do espaço de pós-graduação, mas articulada com diversos “momentos” da formação: supervisão de estágio, ética, oficinas teórico-práticas;
- Garantir o direcionamento das diretrizes curriculares do Serviço Social nas residências.

O cenário exposto acima exige a defesa da formação de quadros teóricos e técnicos qualificados para a formulação de modelos curriculares e práticas articuladas aos interesses e reais necessidades de saúde dos usuários e efetivação do controle social; a realização de uma prática interprofissional que supere o modelo centrado na medicina e na doença; e uma produção de conhecimento que analise os determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença (VASCONCELOS, 2006).

A formação profissional do assistente social para o trabalho junto ao Sistema Único de Saúde

O projeto de formação profissional defendido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) é direcionado no sentido de capacitar os assistentes sociais teórica, metodológica e politicamente para uma intervenção qualificada, comprometida e orientada por valores radicalmente democráticos. Para o trabalho junto ao SUS, a formação tem que articular, necessariamente, os valores expressos Projeto Ético-Político do Serviço Social e no Projeto Reforma Sanitária.

Compreende-se, assim, que o projeto ético-político profissional hegemônico e o da Reforma Sanitária estão situados dentro do mesmo projeto societário, uma vez que estão vinculados aos valores de defesa da justiça social, democracia e igualdade (MATOS, 2003).

A ABEPSS vem defendendo que a formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e das necessidades de saúde da população, tanto individual como coletiva. A integralidade é marcada como um eixo estruturante do processo formativo do profissional de saúde, tendo em vista que este conceito implica analisar criticamente as condições de saúde dos usuários e os elementos que estão velados nesse processo, ultrapassando as fronteiras entre o biológico, o social, o econômico e o psíquico.

Desse modo, busca-se formar profissionais capacitados para trabalhar as determinações sociais do processo saúde/doença, de forma comprometida com o aprofundamento de direitos.

No que tange à atuação na área da saúde, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010, lançou, após um debate coletivo, os parâmetros para a atuação profissional na política de saúde que articula os princípios do projeto ético-político profissional com os princípios da reforma sanitária. Neste documento, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. Assim, o assistente social deve formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde.

De acordo com os parâmetros, para pensar e realizar uma atuação competente e crítica, o Serviço Social na área da saúde deve:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;

- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Tendo como norte estes apontamentos, destacam-se alguns eixos essenciais que devem atravessar o processo formativo para o trabalho na saúde.

O primeiro deles é o entendimento da saúde enquanto uma política social, isto é, determinada pelas relações estabelecidas entre capital e trabalho, pelo movimento histórico das transformações sociais. É necessário compreender que as políticas sociais são resposta às expressões da questão social e, por isso, envolta em tensionamentos de classe. Significa, assim, que o Serviço Social, enquanto inserido no confronto entre as classes, e por isso, a sua natureza necessita ter clareza dos diferentes projetos políticos que se confrontam na área da saúde. Para tal, é necessário conhecer a trajetória da política de saúde no Brasil, a reforma sanitária, as desigualdades sociais, o domínio de dados epidemiológicos locais, regionais e nacionais e de dados clínicos presentes na sua atuação cotidiana (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006).

Outro eixo é a afirmação do conceito ampliado de saúde e a problematização dos determinantes sociais da saúde: compreender que a saúde é disposta como um direito fundamental do ser humano tendo o Estado o dever de garanti-la através de políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, e de estabelecer o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde.

A saúde não pode ser abordada somente do ponto de vista de sua conservação; deve ser pensada a partir da possibilidade de problematizar a vida e o trabalho cotidianos, criando e recriando novas formas de vida e trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Quando se está em contato com os nossos usuários, percebe-se que a complexidade das demandas extravasa o âmbito da doença que os leva ao serviço de saúde. Grande parte dos usuários dos serviços públicos de saúde sofre diretamente com as manifestações da questão social, isto é, das desigualdades geradas pela sociedade de classes. Essas desigualdades proporcionam falta de emprego e renda, subemprego, falta de moradia, analfabetismo e fome, entre outras mazelas sociais.

Os determinantes sociais da saúde se referem, assim, às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e à possibilidade de acesso a determinados bens que levariam à melhoria da qualidade de vida: educação, saúde, trabalho e renda, habitação, saneamento básico e meio ambiente, transporte, alimentação e nutrição, cultura, esporte e lazer, entre outros (BUSS, 2009).

É preciso atentar que as demandas dirigidas ao Serviço Social são *aparentemente* individuais, pois a impossibilidade de arcar com custos de transporte, medicação e alimentação, por exemplo, é decorrente da própria dificuldade das classes populares sustentar despesas que escapam ao seu orçamento e decorrente da própria lógica de sua inserção na sociedade capitalista (VASCONCELOS, 2000).

Outro ponto a ser destacado é a necessidade dos profissionais identificarem e priorizarem as necessidades de saúde dos usuários além das demandas espontâneas. “Significa pensar a profissão, não para atuar junto a indivíduos isolados, mas junto a grupos e segmentos da classe trabalhadora que tem interesses e necessidades individuais que expressam interesses e necessidades coletivas” (VASCONCELOS et al., 2006, p. 259).

De acordo com Gerhardt, Riquinho e Rotoli (2008 p. 147), dentro do SUS ainda se mantêm em foco as ações nas dimensões biológicas, que desconsideram, muitas vezes, a influência dos diversos fatores que se entrelaçam nas situações de desigualdade. As autoras reforçam que “num processo complexo das desigualdades sociais e de saúde é indispensável que se congreguem variáveis de outros campos do conhecimento, como o da política, do social, ambiental e cultural”.

Essa ponderação aponta para a compreensão de que promover saúde não significa somente realizar ações que tenham o intuito de evitar o surgimento e a transmissão de doenças, ou reduzir agravos à saúde, mas também deve estar vinculada à perspectiva de ampliação da saúde (BARROS; MORI; BASTOS, 2007).

A educação em saúde é outro eixo que a nosso ver incorpora um diferencial às ações desenvolvidas pelo Serviço Social. Com este enfoque, o profissional articula o processo saúde/doença e a educação em saúde, a partir de fatores psicológicos, culturais e socioeconômicos, fundamentado em uma ótica reflexiva, possuindo como referência técnicas participativas, colocando a educação em saúde e o acesso à informação como um direito.

De acordo com Assis (1998), a educação em saúde vai além de um processo de transferência de informação, pois perpassa pela capacitação dos indivíduos e de grupos para transformarem a realidade na qual estão inseridos. Essa perspectiva parte de uma capacidade crítica que questiona a transmissão vertical de saberes e informações, e valoriza o conhecimento popular, através de uma relação de troca e diálogo que produz reelaborações, aproximações e aprendizado entre profissionais e usuários.

A educação em saúde e o processo de socialização de informações podem subsidiar a transformação das condições geradoras de doença e da própria condição de vida da população (VASCONCELOS, 2000).

O controle social e participação popular são outros elementos fundamentais. O processo de intervenção junto aos Conselhos é relevante, pois o Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios que expressam diferentes projetos societários e diferentes direções para a política de saúde. E “o segmento que representa as classes subalternas pode interferir para que o fundo público não seja mercantilizado” (CORREIA, 2006, p. 127), contribuindo para que os recursos sejam gastos com o atendimento de necessidades reais da população e “não fiquem à mercê dos interesses clientelistas, privatistas e /ou de ‘currais eleitorais’” (CORREIA, 2006, p. 135). Mioto e Nogueira (2006) acrescentam que os espaços de participação da comunidade são essenciais para o processo de construção da esfera pública.

Com respaldo em Vasconcelos (2000), destaca-se que é no contato direto com os segmentos populares que o assistente social pode disponibilizar e socializar os conhecimentos adquiridos no seu processo de formação. Este conhecimento engloba as diferentes expressões da questão social, a

dinâmica da sociedade e as necessidades da população, além de legislações de políticas e programas sociais (MIOTO, 2007).

Através do desencadeamento de um processo educativo, o profissional pode construir e fortalecer as condições de participação dos usuários. Por isso, Vasconcelos (2000, p. 130) destaca que

À população não basta organizar-se para reivindicar; faz-se necessário ter acesso a um saber que a instrumentalize em relação ao como e ao que reivindicar na busca de alternativas possíveis e de como viabilizá-las. O acesso a um recurso e/ou informação por um sujeito social crítico, consciente, é que transforma o direito formal em direito real.

O processo formativo deve possibilitar que na assistência aos usuários o assistente social estabeleça estratégias compartilhadas para que possa ocorrer o enfrentamento do processo saúde/doença de uma forma esclarecida, e deve instrumentalizá-los na busca de viabilização dos seus direitos. Neste sentido, a socialização de informações tem um papel importante. Silva (2000) considera que esse processo é uma ação que fortalece o usuário no acesso e ampliação de direitos, por ser um processo democrático e político onde se busca tornar transparente para os usuários o real significado das políticas sociais. Segundo a referida autora, uma informação de qualidade deve se diferenciar de uma simples orientação sobre legislação e atos normativos, devendo estar respaldada em aspectos, tais como: a informação deve ser transmitida na ótica do direito, deve ter por referência inicial a realidade dos usuários e ser pautada por um processo de politização que exige uma relação democrática e de respeito entre profissional/usuário.

Observa-se que é no contato direto com os segmentos populares que o assistente social pode disponibilizar e socializar os conhecimentos adquiridos no seu processo de formação. Este conhecimento engloba as diferentes expressões da questão social, a dinâmica da sociedade e as necessidades da população, além de legislações, políticas e programas sociais (MIOTO; NOGUEIRA, 2006). Através do desencadeamento de um processo educativo, o profissional pode construir e fortalecer as condições de participação dos usuários (VASCONCELOS, 2000). A essas colocações, acrescenta-se que os profissionais devem ter competência teórica e ético-política para que as demandas individuais sejam apreendidas de forma coletiva, como também devem ter como foco o compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

O profissional de Serviço Social deve contribuir para a expansão dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde, por meio da satisfação de necessidades, e do reconhecimento da importância da socialização de informações, e de espaços de reflexão conjunta com o usuário. “O assistente social [...] facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p. 76).

Outro elemento pouco enfatizado e que deve ser central no processo formativo é a ética profissional. Na relação com os usuários, o assistente social tem acesso a informações sobre as particularidades da condição de vida da população no que se refere a moradia, relações familiares, educação, violências, questões de gênero e orientação sexual etc.; na área da saúde, depara-se com situações peculiares que englobam a situação de saúde/doença vivenciada pelos usuários.

A partir do conhecimento e apropriação destas questões, o profissional efetiva sua ação através da interferência na vida dos usuários. Por isso, Iamamoto e Carvalho (1998, p. 115) consideram que o assistente social deve ter clareza do seu compromisso social, “no sentido de solidarizar-se com o projeto de vida do trabalhador ou de usar o acesso à sua vida particular para objetivos que lhe são estranhos”.

É nesse sentido que se entende a necessidade de pensar a formação profissional articulada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, pensando em uma atuação que esteja articulada ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma crítica e criativa não

submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas.

Considerações parciais

Verificamos que a implantação dos programas de residência e a conjuntura atual da política de saúde impõem novas exigências, principalmente no campo da formação. É imperativo avançar na discussão da articulação entre a formação crítica e generalista do Serviço Social ao arcabouço teórico-metodológico construído pelo Projeto de Reforma Sanitária nos anos 1980 e sedimentado no SUS.

Nesta exposição, buscou-se analisar a formação profissional do assistente social enquanto espaço de reafirmação do compromisso com os interesses da população usuária dos serviços prestados e compreendendo, com respaldo em Netto (2003), que, apesar de um contexto adverso, principalmente propiciado pelo projeto neoliberal, almeja-se um SUS operativo e de qualidade para a população. Porém, é preciso ter clareza de que o horizonte dessa conquista não irá resolver os problemas que envolvem as condições de vida e trabalho da população, o que não quer dizer que esse fato deva inibir nossa luta por uma assistência de qualidade e pelo acesso universal aos serviços.

Referências

- ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, UERJ, IMS, n. 169, p. 3-30, 1998.
- BARROS, M. E. Barros de; MORI, M. E.; BASTOS, S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, S.; BARROS, M. E. Barros de (Org.). *Trabalhador de saúde – muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 100-121.
- BRASIL. Lei 11.129, de 30 de 3 junho de 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%3Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article. Acesso em: 20 maio 2012.
- _____. Portaria Interministerial 11.177 de 12 de novembro de 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%3Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article. Acesso em: 20 maio 2012.
- BRAVO, M. I. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.
- BUSS, P. Determinantes sociais da saúde. Aula do curso básico de Saúde Pública. ENSP, 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 23 jan. 2009.
- CASTRO, M. M C. *Trabalho em saúde: a inserção dos assistentes sociais na atenção primária à saúde*. Dissertação (mestrado). Juiz de Fora – Faculdade de Serviço Social, UFJF, 2009.
- _____; OLIVEIRA, L. M. L.; STEPHAN-SOUZA, A. I. Trabalho em saúde e formação em serviço: contribuições do Serviço Social para o trabalho coletivo. *Revista de APS*, v. 4, n. 14, p. 497-501, 2011.
- CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. (Org.). *Serviço Social e políticas sociais*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 67-82.
- CECCIM, R. B. 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. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 161-180.
- CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Disponível em: www.cfess.org.br/.../Parametros para Atuacao de Assistentes Sociais n...
- CORREIA, M. V. Controle social na saúde. In: MOTA, A et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 111-138.

- COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-71, 2000.
- COTTA, A et al. Pobreza, Injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, n. 313. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1. 2007.
- FRANCO, T.; MERHY, E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.
- FORTUNA, C. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set./dez. 2002.
- GERHARDT, T.; RIQUINHO, D.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2008. p. 143-175.
- IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.
- _____; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 12. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 1998.
- MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 74, p. 85-115, 2003.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- _____. *Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família*. Relatório de Pesquisa. Florianópolis, UFSC, abril de 2007.
- MIOTO, R. C.; NOGUEIRA, V. M. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 272-303.
- NETTO, J. P. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. NOGUEIRA, F.; RIZZOTTO, M. L. (Org.). *Estado e políticas sociais: Brasil-Paraná*. UNIOESTE, 2003. p. 12-28.
- OLIVEIRA, P. T. G. A formação profissional em Serviço Social para a área da saúde na Faculdade de Serviço Social da UFJF. (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Juiz de Fora – NATES, UFJF, 2009.
- SANTOS-FILHO, S. B; BARROS, M. E. Barros de. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: _____. (Org.). *Trabalhador de saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 124-171.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.
- SILVA, M. L. Um novo fazer profissional. CFESS. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 2000. p. 112-124.
- STEPHAN-SOUZA, A. A. Interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. *Revista de Atenção Primária*, Juiz de Fora, NATES /UFJF, ano 2, n. 2, p. 10-14, 1999.
- _____ et al. Residência em Serviço Social na UFJF: Experiências inovadoras de integração ensino e serviço na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. *Cadernos FNEPAS*, 2011.
- _____; MOURÃO, A. A. A.; LIMA, M. C. A. Amoroso. Residência em Serviço Social: um projeto de formação profissional. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, n. 1.p. 53-65, 2001.
- VASCONCELOS, A. M. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. CFESS. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000. p. 125-137.
- _____ et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 48-76.

¹ O Projeto de Reforma Sanitária tem como propostas: universalização do acesso; saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através de um sistema unificado de saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (BRAVO, 1996).