

A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora

Por Ana Maria A. Mourão*, Ana M.C. Amoroso Lima, Auta I. Stephan-Souza**, Leda, M. Leal de Oliveira***

1. A Presença do Neoliberalismo no Brasil

A partir da segunda metade da década de 80 do século XX ocorreu uma radical transformação na trajetória histórica do Brasil. Manifestou-se um abrangente processo de mudanças com seus devidos desdobramentos nas esferas econômicas, sociais e políticas e que atingiram sobremaneira a dinâmica social e suas correspondentes contradições.

Trata-se de uma complexa conjuntura que o Brasil enfrentou e que se caracterizou pela combinação de efeitos de uma crise de relevantes proporções e de dimensões equivalentes. Contribuindo para aumentar o fenômeno ocorreu a transição do sistema político ditatorial, que perdurou no país por um período de 21 anos, para o sistema político democrático.

O desequilíbrio em escala mundial, os choques econômicos externos e a reestruturação produtiva do sistema internacional, acrescido do acelerado crescimento do endividamento externo e interno, colocaram por terra a estratégia do modelo de industrialização por substituição de importações e a política de ação estatal centralizada que lhe ofereceu sustentabilidade. Dessa forma, o caminho da modernização industrial implementado e dirigido pelo Estado brasileiro entre os anos de 1930 e 1970, ancorado na matriz estatista-desenvolvimentista, perdeu sua capacidade incremental.

* Mestre em Serviço Social pela UFRJ, Professora Assistente IV da FSS/UFJF, Coordenadora do Programa de Residência em Serviço Social/HU/UFJF.

** Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Professora Adjunta IV da Faculdade de Serviço Social/UFJF, Coordenadora da Residência do HU/UFJF.

*** Doutora em Educação pela UFRJ, Professora Adjunta IV da Faculdade de Serviço Social/UFJF. Coordenadora/Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família.

O Estado desenvolvimentista, seguindo a dinâmica do capital, cedeu sua mão para o mercado como a instância societal mediadora por excelência e sacralizadora do Estado mínimo, em contraposição aos apontamentos do liberalismo clássico.

Deste modo, instalou-se a nova retórica de cariz neoliberal que preconizava o fortalecimento das funções do mercado e das crenças neoliberais que generalizaram uma posição anti-Estado, que rompia com a idéia do nacionalismo, vista como retrógrada, portanto, fruto de uma época que se esgotara e que estava fora dos padrões de um tempo novo.

Entrou em cena uma nova cartilha em que constavam lições modernas que evocavam conceitos como desestatização, reinserção no sistema internacional, abertura da economia, desregulamentação e privatização. Romper com o passado e construir um presente alinhado com as determinações da ordem econômica globalizada passaram a ser a meta maior do Estado no sentido de colocar o Brasil na corrida para o desenvolvimento nos moldes neoliberais.

Situações conjunturais dessa natureza, relacionadas ao novo padrão de expansão capitalista, ao mesmo tempo em que impõem ao país uma nova forma de estruturação, política, econômica e social se constituem, também, em estímulo à reflexão acerca do papel de atores importantes tanto na redefinição da nova ordem, como também daqueles que irão implementá-la, como, por exemplo, os operadores das políticas sociais. Entra-se, aqui, no campo das contradições em que se coloca em cena o debate sobre a capacidade de diferentes respostas a múltiplos problemas e desafios.

A título de ilustração, pode-se afirmar que um desses dilemas encontra-se, até o presente, na dificuldade de se equacionar a convivência de determinadas prerrogativas da Carta Magna brasileira, como aquela que assegura a toda a população a universalidade do acesso aos serviços e bens de proteção social, como os da educação e os da saúde, com o modelo político neoliberal inaugurado por Collor de Mello, no início da década de 1990, e dinamizado por Fernando Henrique Cardoso em seus dois mandatos presidenciais, (1995-2002).

Mesmo garantidos pelas prerrogativas constitucionais, tais direitos sociais são permanentemente ameaçados, dado que ainda não foram integralmente instituídos.

Avançando para além da adesão ideológica ao neoliberalismo, há que se acrescentar o padrão de comportamento do corporativismo inerente ao empresariado, fruto da defesa de seus interesses mercantis, e também de representativa parcela dos segmentos profissionais.

O Brasil tem sua tradição corporativa centrada na setorização de interesses financeiros e políticos que desconsidera a formulação de um programa de ação integrado, capaz de unificar os vários setores com finalidades correlatas em torno de objetivos comuns. A resultante desse tipo de comportamento é a fragmentação da articulação de interesses, determinando a falta de percepção da dimensão pública das demandas sociais.

Em síntese, tipos de estruturas desta natureza que remontam, como no caso da saúde, à reforma flexeriana de reforço à fragmentação e da especialização infinita, reduzem os estímulos à cooperação e formam lacunas de difícil transposição no processo de formação de quadros profissionais qualificados para atuar em áreas ocupacionais que têm por prerrogativa o trabalho interdisciplinar, dos quais a das políticas sociais é um bom exemplo.

O feito compartimentalizado de abordar as questões relativas ao processo de profissionalização, enfatizando o enquadre especializado e diferenciado, constitui um estilo tópico de atendimento às demandas e ao mesmo tempo reforça a ausência de mecanismos aglutinadores e de instâncias agregadoras do saber e da intervenção. Por fim, culminam na ausência de uma agenda comum capaz de valorizar a dimensão pública do trabalho, notadamente naquele que se refere à atenção à saúde.

Pode-se afirmar, por outro lado, que as profundas mudanças de natureza econômica e social ocorridas no Brasil, a partir da segunda metade da década de 1980, levaram ao surgimento de formas diversas de participação social que floresceram a margem das hostes corporativas, fragilizando-as em sua capacidade de representar os seus próprios interesses ao mesmo tempo em que reforçou posições plurais inseridas no conjunto das diversas entidades profissionais e na formação universitária.

O presente artigo propõe apresentar uma proposta alternativa à formação corporativista na área da saúde, especificamente na área das chamadas Residências em Saúde em que se abordará a inserção do Serviço Social neste campo formativo.

2. Apontamentos Sobre a Política de Saúde Brasileira

Muito embora a história da saúde pública brasileira tenha se iniciado em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura.

A partir da sua criação, o Ministério da Saúde passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde-DNS-.

Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, como pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

Três anos após a criação do Ministério, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados.

No início dos anos de 1960, a desigualdade social, (marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas), ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu ao que alguns pesquisadores, de caráter conservador, intitularam com a

grande panacéia dos anos de 1960: o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas progressistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde - CNS-. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização.

Em 1964, os militares assumem o poder e Raymundo de Brito, ministro da saúde, reitera o propósito de incorporar ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde se responsabilizasse pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel.

Ficaram afetas ao Ministério da Saúde as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde, atividades médicas e paramédicas, ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

Ao longo de seus cinquenta e três anos de existência, o Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura. Destaca-se a reforma de 1974, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

No mesmo ano, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM- passa à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e

administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha. Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste e Centro Oeste, ficando as Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas subordinadas às mesmas.

Foi instituído o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado.

No início da década de 1980, foram gestadas as idéias ampliadas de saúde, sedimentando algumas demandas do paradigma de saúde, o qual privilegia a prevenção e a saúde pública, a gestão democrática dos serviços, a reavaliação da ética profissional e hegemonia do poder médico e as possibilidades de incorporar elementos significativos da prática multiprofissional.

Neste percurso histórico, ocorreram ainda no final da década de 1980 e início da década de 1990, três fatos relevantes para a história da saúde no Brasil. O primeiro foi a promulgação da Carta Magna de 1988 que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda população. O segundo, em decorrência, foi a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. E o terceiro, inaugurando a nova década (1990) foi a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre o funcionamento do SUS.

No período de 1991 a 1994, Fernando Collor de Mello implementou uma política neoliberal sob o mote de enxugamento da máquina administrativa e de redução do Estado ao mínimo possível. Embora no discurso as limitações de gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Neste aspecto, nunca é demais lembrar que a Constituição de 1988 garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Neste período, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB's), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991, seguida da NOB/93 e NOB/96. Foi a primeira Norma que redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do Sistema Único de Saúde - SUS, instituindo um sistema

de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje.

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento de prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde, voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

A opção neoliberal que se tornou hegemônica no Brasil, no governo Cardoso (1995-2002), hoje relativamente embaçada no governo Lula da Silva (2003-2006), reviu, através da nomeada Reforma Gerencial do Estado, o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, implementando a redução estatal para o chamado estado mínimo, (para o social, diga-se se passagem), e ampliando os espaços nos quais a regulação ocorre por força das relações de mercado.

A partir deste período até os tempos presentes muitas marchas e contra marchas ocorreram com a política de saúde no Brasil. A contra-reforma bresseriana abriu as portas para a iniciativa privada dominar a área da saúde que passou a ser tratada como mercadoria a ser negociada pelo empresariado do setor. A grande avalanche de planos privados de saúde, de cooperativas de serviços, de instalação de grandes e especializados hospitais privados, bem como a destinação de recursos públicos para custear tais empreendimentos, transformaram a política da saúde em uma prática remunerada e de restrito acesso à população.

A luta pela garantia do funcionamento do sistema público de saúde é hoje uma tarefa que se impõem ao movimento social (popular, sindical e parte do institucional), categorias profissionais, universidades públicas e instituições de serviços públicos de saúde, dentre outros, no sentido de cercear a abertura de novos mercados de saúde que impliquem a transferência da poupança pública para a iniciativa privada. Sabe-se que tal operação corresponde a uma relação custo/benefício altamente desvantajosa para o setor público que, embora detenha potencialidades de serviços de qualidade, são subjugados pela iniciativa do mercado. Este, por sua vez, tem no Estado a alavanca necessária para o desenvolvimento de seus investimentos comerciais.

Compete, portanto, à sociedade, através de sua face socialmente organizada, “acompanhar, traduzir, identificar e se posicionar, a cada momento em que determinada política setorial esteja sendo ameaçada. Ameaçada neste caso, significa a proposta de extinguir, ou a extinção, ou o cerceamento, do acesso a bens e serviços já assegurados, como direito, de forma universal, equânime, integral e de qualidade, para toda a população” (Rezende:2000).

3. Singularidades da Formação em Saúde no Brasil: das Residências Médicas às Residências Multiprofissionais

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990 no Brasil trouxe significativas mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas, que passaram a exigir novas formas da organização do trabalho no campo da saúde, provenientes da hierarquização, descentralização e democratização, princípios deste sistema.

Estas mudanças imprimiram novas características aos processos de trabalho das diferentes profissões que atuam nesta área, entre elas a do serviço social, exigindo dos assistentes sociais o domínio das particularidades e dos fenômenos singulares da questão social na dimensão da saúde, em níveis municipal, regional e nacional.

Nesta direção e considerando a formação generalista dos assistentes sociais e sua inserção na área da saúde, tornou-se imprescindível afinar conhecimentos peculiares da política de saúde, desde o movimento da Reforma Sanitária e seus desdobramentos, até o conhecimento epidemiológico, modelos tecno – assistenciais, planejamento e gestão de serviços de saúde, entre outros.

A inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde, é importante pontuar, se dá na forma como a sociedade e seus empregadores recortam e compreendem as necessidades dos usuários, como organizam seus objetivos e que propostas de intervenção respondem as demandas e necessidades colocadas, pois o trabalho dos assistentes sociais não se realiza independente do contexto histórico, político e social que o determinam e o definem. Ao contrário, têm na conjuntura sócio-econômica, política e institucional, suas possibilidades e limites.

Neste quadro em que se coloca, a imperatividade de uma formação profissional especializada nas áreas do conhecimento e dos serviços, a Faculdade de Serviço Social / UFJF, através do seu núcleo de trabalho e seguridade social apresentou a proposta de um programa de pós-graduação em serviço social, com ênfase na formação continuada, englobando dois projetos principais: um curso de especialização em saúde coletiva e a residência em serviço social, ambos iniciados em 1998.

A residência se constitui como uma forma de educação continuada na área de formação dos recursos humanos em saúde, tradicionalmente restrita à formação médica, desde os anos de 1950, como treinamento pós-graduado, ainda sem regulamentação oficial.

Regulamentada nos anos de 1970, a Residência Médica capacitou um grande número de especialistas e docentes no campo da medicina.

No início da década de 1980, foram gestadas e ampliadas as concepções sobre o processo de saúde / doença, em que se privilegiou a prevenção e a saúde pública, a gestão democratizada dos serviços, a reavaliação da ética profissional, a hegemonia do poder médico e as possibilidades reais e concretas de incorporação de elementos significativos de recursos humanos na prestação da assistência à saúde.

Ainda ao longo desta mesma década, foram propostas alternativas ao modelo tradicional de atenção à saúde, decorrência do movimento da reforma sanitária. A construção dessas demandas - de outros saberes multidisciplinares ao processo de formação principalmente daquelas relativas à ética e à hegemonia do poder médico, fez emergir a necessidade de se rever a formação em recursos humanos das profissões que junto da medicina realizam o trabalho na área, tais como a enfermagem, a farmácia-bioquímica, a nutrição, o serviço social e a psicologia.

Estas profissões passam a demonstrar o interesse em intensificar sua formação, seguindo o modelo de aprendizado já institucionalizado de residência médica. Algumas experiências esparsas de residência se configuram, patrocinadas por programas financiados por fundações privadas, ou previdência social, num determinado período, limitado pela contenção de recur-

sos, já que estes eram alocados sem as mesmas condições da residência médica, amparada por lei e prevista em orçamento federal.

Destacou-se neste cenário a importância do processo de mobilização dos profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos, visualizando a determinação dos processos de saúde e doença. Todas essas propostas convergem para a VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, na qual a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do estado foi definida, estabelecendo as bases da concepção de saúde da nova Constituição Federal de 1988.

4. A residência em Saúde na Faculdade de Serviço Social/ UFJF em foco: presente e futuro.

Há mais de vinte anos a Universidade Federal de Juiz de Fora vem desenvolvendo dois programas de residência; o primeiro em Medicina, patrocinado pelo Ministério da Educação – MEC- e o segundo em Análises Clínicas, custeado com recursos próprios da UFJF.

Na década de 1980, algumas universidades brasileiras implantaram programas de Residências multiprofissionais incorporados à Residência Médica como Enfermagem, Nutrição e Serviço Social. Esses programas foram logo encerrados quando o MEC definiu o financiamento somente para a Residência Médica.

O interesse em ativar programas multiprofissionais motivou-nos a implantar a Residência em Serviço Social no Hospital Universitário da UFJF, na década de 1990, por entender que esse projeto viria ampliar o trabalho do Serviço Social no Hospital Universitário-HU, até então bastante acanhado, restrito ao ambulatório e porta de entrada do hospital. Outra motivação traduziu-se na possibilidade de reavaliar a prática do Serviço Social no HU e fortalecer a formação continuada dos graduados.

Viabilizou-se então, a criação da Residência em Serviço Social, apreendida como um elemento da formação do trabalho coletivo, visto como espaço privilegiado de realização da complementaridade entre conhecimentos, além de aprimorar o processo de trabalho do Serviço Social, destacando as relações mútuas entre as profissões.

Em 1997, iniciada a Residência em Serviço Social, seu primeiro desafio foi o de construir o projeto da Residência com total isonomia em relação à Residência Médica e de Análises Clínicas, isto é, com idênticas cargas horárias, remuneração e responsabilidade, partindo dos moldes preconizados pelo MEC (a Comissão de Residência Médica / Mec reconhece apenas a Residência Médica), porém introduzindo a necessidade de incorporar as bases de trabalho coletivo, potencial que as profissões carregam de realizar trabalhos conjuntos na área da saúde.

Pretendia-se que a residência conjugasse, de modo igualitário, o *aprendizado* e a *assistência*, em um mesmo profissional para que esse, ao *aprender fazendo*, assegurasse o desenvolvimento do processo de trabalho. Esse processo deveria ser orientado por preceptores, visando tanto a qualificação profissional quanto a especialização em saúde. Durante a graduação, a ênfase na formação generalista não contempla com profundidade os espaços específicos de toda a gama dos campos de intervenção do Assistente Social e que podem ser preenchidas, no caso da política de saúde, com as discussões importantes do processo saúde e doença, facilitado no projeto de formação proporcionado pela Residência.

Algumas das razões históricas motivaram a Faculdade de Serviço Social a acreditar nessa forma de educação continuada. Primeira: o campo da saúde é aquele que mais demanda o trabalho dos assistentes sociais; segunda: a formação do Assistente Social é fundamentalmente generalista, devendo ser enriquecida por conhecimentos específicos que respondam aos desdobramentos da questão social, manifesta de diferentes modos nos campos de intervenção; terceira: a formação generalista no Serviço Social abrange um leque de conhecimentos centrados nas Ciências Sociais e apartado das Ciências Biológicas, o que demanda, durante a prática em saúde, a necessidade de incorporar conhecimentos teóricos que diretamente interliguem as discussões do processo saúde/ doença relacionadas com as condições sociais.

A Residência em Serviço Social tem como horizonte a busca da formação interdisciplinar, comunicando idéias, integrando conceitos e construindo em conjunto, objetos de novas investigações. Esta residência pretende superar a presença justaposta das disciplinas profissionais

que agem sem a integração de conceitos ou de projetos de trabalho, em que cada uma delas reproduz sua especificidade sem haver comunicação objetiva entre elas.

Pretende reforçar a *lógica da descoberta* como elemento nuclear para que haja predisposição para a busca do novo, do ponto de interseção e de afastamento entre os conceitos e os processos de trabalho. Para isso, tende a absorver os condicionantes desse processo, sinalizando para a busca de alternativas e propondo soluções viáveis, de acordo com a política de saúde.

Reafirma, inclusive, a necessidade da *abertura recíproca* significando disponibilidade dos profissionais para entender o discurso de outras disciplinas, assim como tornar acessível os conceitos, técnicas e procedimentos que reproduzem conhecimentos, atitudes e metodologias, induzindo ao abandono das posições meramente corporativas e refratárias ao convívio coletivo.

Recoloca a busca da comunicabilidade entre os profissionais que interagem no mesmo processo de trabalho, facilitando a *fecundação mútua*, buscando conhecer as bases teórico-conceituais e os axiomas próprios de cada formação disciplinar, que se cruzam cotidianamente no processo de trabalho em saúde, beneficiando o conjunto dos profissionais.

Pretende, gradativamente, através do entrelaçamento do fazer, eliminar o sentido meramente corporativo que historicamente foi plantado no interior do processo de trabalho em saúde, mas que já começa a dar alguns sinais de esvaziamento e romper com o formalismo comum entre disciplinas que teimam em preservar as atitudes de poder e mando.

O Curso de Especialização, que apresenta conteúdos comuns a todos os Residentes, é o primeiro passo para a conquista da integração. Esse Curso tem uma espinha dorsal composta pela grade de disciplinas indicadas pelo MEC e complementada por outras, com o objetivo de fortalecer o processo de trabalho. O programa enfatiza a política de saúde, a metodologia científica, a ética profissional e o processo de trabalho, contribuindo para que seja intensificada a integração, na perspectiva da formação do trabalho coletivo.

Nucleando o trabalho das diferentes profissões como equipe de saúde, estamos incrementando a formação interdisciplinar, integrando conceitos, metodologias de pesquisa e for-

mas de trabalho que são assimiladas pelo conjunto das profissões que passam a reproduzir de um modo novo aquilo que vivenciam na prática cotidiana. .

Para operacionalidade das ações do Programa de Residência em Serviço Social, os Assistentes Sociais Residentes são direcionados para atividades determinadas, dando cobertura à setores-chave do HU/UFJF.

No *primeiro ano*, cada Residente vivencia a rotina de uma Enfermaria – com atendimento aos usuários das enfermarias de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e UTI, em nível individual e/ou coletivo – acompanhado por Assistente Social que supervisiona seu trabalho. O Residente (denominado R1) deve responder por todos os usuários internados na Enfermaria da qual se torna referência, conhecendo a história, o contexto social e suas necessidades de saúde, orientando-os, a partir das indicações terapêuticas realizadas pelos diferentes profissionais de saúde e oferecendo condições para ampliar o conhecimento sobre seus direitos. Este trabalho de educação e informação em saúde constitui um dos principais objetivos da Residência em Serviço Social, dada a sua importância na prevenção e promoção da saúde, na divulgação e criação de uma cultura de direitos junto aos usuários do SUS, na reflexão sobre o conceito ampliado de saúde a partir de suas condições de vida.

Este processo denominado Abordagem Social, privilegia dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda e, responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida do usuário e sua família. Sua finalidade é conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e tratamento, a fim de agilizar o fluxo de informações e a comunicação entre o serviço e a família do usuário para impulsionar a resolução de problemas emergentes no decorrer do processo de prestação de serviços.

Outro espaço privilegiado para o trabalho de educação em saúde desenvolvido pelo Residente, são os projetos interdisciplinares realizados em cada enfermaria com os pacientes e/ou acompanhantes.

No primeiro ano, os Residentes realizam plantões diários, pela manhã e noite, junto à recepção do HU, onde interpretam normas e rotinas e preparam o processo de internação dos

usuários. Este processo consiste em acolhê-los; orientá-los sobre todos os serviços oferecidos pelo hospital, estabelecer um primeiro contato com a realidade social do usuário para levantar as possíveis demandas ao Serviço Social.

Os Residentes do primeiro ano são também responsáveis pelos estagiários graduandos da Faculdade de Serviço Social, contribuindo efetivamente no processo de formação profissional no campo da saúde.

No *segundo ano*, durante seis meses, os Residentes (denominados R2) são direcionados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município, para vivenciar o processo de gestão institucional, de documentação, de trabalhos educativos, de conhecimento do processo de territorialização e das condições epidemiológicas da população, do potencial de realização de pesquisas e do processo de trabalho dos diversos profissionais, tendo em vista a viabilidade da aproximação interdisciplinar e formação do trabalho coletivo.

Outra atividade proposta aos R2, é a participação nos projetos existentes nos ambulatórios do hospital. Cada Residente fica responsável por dois ou três projetos, compondo suas equipes e trabalhando, junto com os profissionais de outras áreas da saúde, o que oportuniza o exercício dessa integração entre os saberes específicos de cada profissional.

Todas essas atividades desenvolvidas pelos Residentes, são acompanhadas de supervisão realizada pelo preceptor, docente durante seu processo de formação. Compete ao preceptor proceder às amarras teórico-práticas, orientar as pesquisas e elaborar artigos, discutir os casos sociais e as atividades grupais, articular as discussões sobre as doenças prevalentes, enfim contribuir para dar organicidade ao processo da Residência. O trabalho da Preceptoria se completa com a expressiva parceria dos Coordenadores e Assistentes Sociais pertencentes ao corpo de profissionais dos projetos nos quais os residentes se inserem, abordando seus objetivos, público alvo e metodologia. Todos os projetos são registrados em órgão competente da UFJF, sendo alocados, em sua maioria, na área de Extensão Universitária ou na modalidade de Treinamento Profissional.

É importante pontuar que estes projetos têm por fundamentação elementos da metodologia da educação em saúde e busca incessantemente a prática interprofissional, vislumbrando a perspectiva interdisciplinar.

Atenção Integrada às Famílias das Crianças Internadas na Pediatria do HU

Desenvolvido por uma equipe multiprofissional formada por profissionais e estagiários de Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Medicina, Odontologia e Artes. Desenvolve um projeto dedicado aos acompanhantes das crianças internadas e tem por finalidade trabalhar os elementos próprios do processo saúde-doença das crianças através de ações programadas conjuntamente.

DST/AIDS - Na Mira da Prevenção

Projeto desenvolvido na Enfermaria Medicina de Homens, trabalhando temas como Sexualidade, Relação de Gênero, DST/AIDS, privilegiando a Metodologia de Educação em Saúde, através de Oficinas de Vivência, buscando facilitar a integração entre pacientes internados em leitos DIP (Doenças Infecto-parasitárias) envolvendo, também, a participação de todos os acompanhantes; conjugando saber popular e científico. Os encontros são realizados semanalmente, desenvolvidos por uma equipe interdisciplinar composta por: Serviço Social, Enfermagem e Psicologia.

Fala Mulher

Este projeto acontece na Enfermaria Medicina de Mulheres como um espaço de socialização de informações sobre o processo de saúde da mulher internada e dos acompanhantes. Tem como objetivo criar um espaço de troca entre usuárias e profissionais de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. São realizados grupos educativos semanais onde são abordados temas de interesse das mulheres referentes ao estado saúde e doença e período de internação tais como: contracepção, relação familiar, auto-cuidado, direitos do trabalho e seguridade social entre outros temas cotidianos que afetam o universo feminino.

Momento Cirúrgico

Projeto desenvolvido na Enfermaria Cirúrgica feminina e masculina. Tem por objetivo desenvolver o processo de Educação em Saúde propondo garantir aos usuários e acompanhantes o acesso à informação, contribuindo como sujeitos no processo saúde-doença e multiplicadores dos conteúdos trabalhados.

Projeto HUMANIZAR: o Resgate da Cultura no Espaço Hospitalar

Consiste em propiciar um maior contato dos pacientes internados no HU/UFJF e acompanhantes com os bens culturais produzidos pela sociedade.

O Projeto HUMANIZAR é realizado quinzenalmente, aos sábados, tendo por atrações grupos de dança, teatro, música, dentre outros, que se apresentam resgatando as múltiplas faces das manifestações culturais tendo em vista favorecer o restabelecimento do cuidado e o incentivo à promoção da saúde.

Projetos desenvolvidos por R2 em Ambulatórios

Atenção Interdisciplinar aos pacientes em controle da Hanseníase: uma proposta de educação em saúde

Este projeto justifica-se pela exigência de medidas que são compartilhadas por uma equipe de profissionais. Para contribuir de forma eficaz para o controle da doença nesta região do sudeste mineiro.

Controle do Tabagismo

Este projeto visa propiciar discussões sobre a dependência do tabaco (malefícios e comprometimento à saúde) junto à população que utiliza os serviços do Hospital Universitário. Para tanto, dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social.

Um dos principais objetivos do projeto é a construção no HU de um “Núcleo de Apoio ao Tabaco-Dependente” que seja referência para a cidade e região no que tange ao tratamento de tal dependência.

De Peito Aberto

Programa de prevenção e acompanhamento integrado do câncer de mama: proposta de caráter interdisciplinar, envolvendo profissionais de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social. No desenvolvimento do trabalho a equipe atua na assistência junto às mulheres e suas famílias nos momentos de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Florescer

Este é um Programa formado por uma equipe multiprofissional (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia), que presta assistência a crianças prematuras ou que tiveram alguma complicação durante o parto, tendo passado por UTI neonatal.

Viver Melhor: Assistência Integral à Mulher

Tem como objetivo prestar assistência integrada às mulheres que se encontram na fase do Climatério, sendo estas atendidas por uma equipe multiprofissional composta por profissionais de Serviço Social, Medicina, Educação Física e Psicologia.

Um dos principais objetivos do projeto é a criação de espaços coletivos de troca de experiências e de informações entre usuários e profissionais, através de grupos semanais, onde são desmistificadas várias questões sobre o climatério e saúde da mulher.

O presente hoje da Residência em Serviço Social, além do já anteriormente citado quanto aos projetos em curso no interior do HU / UFJF é contemplar as dimensões *assistenciais* e *preventivas* na direção inculcada pelo programa, quando oferece seu trabalho junto aos usuários que já desenvolveram a doença nas enfermarias e ambulatórios e na prevenção de processos mórbidos, orientando todos os aspectos já conhecidos para evitar-se a instalação das doenças. As discussões evoluem das condições de trabalho e moradia e passam pelo conjunto de situações estruturais e conjunturais que cercam os problemas que levam à instalação dos agravos e doenças potencialmente evitáveis.

Percebe-se, ainda, que há muitas coisas cindidas, fragmentadas, partidas que considera-se importante recompor. Entre elas, pode-se citar a fragilidade da aplicação dos princípios do SUS. Há barreiras institucionais a serem transpostas como, por exemplo, a dinâmica da agen-

da hospitalar que, muitas vezes, retém usuários que poderiam retornar às Unidades Básicas de Saúde, o que leva ao estrangulamento das agendas e, conseqüentemente, à exclusão de usuários.

No campo político, vê-se que o processo de *descentralização* – sendo o princípio do SUS que mais resposta obteve – precisa ser ainda integralizado, assim como o *controle social* que está longe de ser observado pelo conjunto da população. Por estarem apartados dos efeitos do processo de educação em saúde, precisam ser removidos desse estágio inicial, passando a fiscalizar efetivamente os rumos da política de saúde em todos os níveis, garantindo o direito da população à saúde e à cidadania.

O futuro da Residência em Serviço Social que integra a rede de cuidados pode ser, tomando emprestado as reflexões de Cecílio:

a atenção integral de um paciente no hospital, o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares. (CECÍLIO, 2003, p.197).

O autor apresenta o *cuidado como síntese de múltiplos cuidados* e a Residência em Serviço Social, junto com aquelas que têm tradição no universo hospitalar estão presentes para o exercício da conjugação dos vários saberes na definição dos projetos terapêuticos que bem podem expressar essa síntese.

A Residência em Serviço Social quer contribuir com as *linhas de produção do cuidado como estratégia gerencial* com o intento de criar mecanismos que contribuam para a administração de novas práticas cotidianas do hospital.

No momento em que a UFJF constrói uma nova unidade hospitalar de referência para a cidade de Juiz de Fora, o Centro de Atenção à Saúde/CAS, esta estratégia poderá vir a constituir-se em espinha dorsal da política a ser implementada.

5. Residência em Saúde da Família – A Formação em Serviço do Assistente Social

Jamais pude entender a educação como uma experiência fria, sem alma, em que os sentimentos e as emoções, os desejos, os sonhos devessem ser reprimidos. Exatamente assim é que vejo os professores e os alunos, serem com alma, sonhos, emoções e desejos, ávidos por ensinar e aprender. Paulo Freire.

A saúde está na pauta de reivindicações dos brasileiros, em especial a partir de meados da década de 70 do século passado, quando os movimentos populares urbanos pelo direito e acesso à saúde floresceram e se fortaleceram. Data deste período o Movimento da Reforma Sanitária que, numa ação conjunta entre grupos intelectuais e profissionais com os movimentos populares pela saúde, trouxe como principal bandeira a luta pela democracia e pela conquista de direitos.

Foi a partir deste conjunto de forças políticas e sociais que o direito a saúde foi reconhecido constitucionalmente na Carta Magna de 1988. De lá para cá muito se avançou – a reforma do Estado no setor foi efetivada, a descentralização foi assegurada, foram criados mecanismos de controle social e participação etc. –, porém para a maioria dos brasileiros o acesso à atenção a saúde de qualidade ainda não se concretizou como um direito real.

As justificativas para este quadro são variadas, sendo a falta de recursos a que sobressai quando o assunto é a iniquidade e as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde. Não minimizando a questão dos recursos que certamente remete a um longo debate sobre o financiamento em saúde, há entre diversos estudiosos reflexões que apontam a mudança no modelo de atenção como um dos principais pilares para a efetivação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos moldes como foi idealizado e aprovado na Constituição Federal de 1988.

Foi, sob esta ótica, que o Ministério da Saúde (MS) concebeu em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de proceder:

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saú-

de/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (Ministério da Saúde, 1998:1)

O PSF surge assim como uma possibilidade concreta de reorientação do modelo assistencial em saúde. Mudar o modelo de atenção à saúde historicamente orientado para a cura de doenças e no hospital constitui-se em um desafio. Desafio que se manifesta no desejo, na luta e criação de estratégias políticas econômicas e sociais comprometidas com um projeto de atenção à saúde incluyente, eficaz e de qualidade. Dentre os desafios para a implementação de mudanças no modelo de atenção está a questão dos recursos humanos.

O Ministério da Saúde, ciente da inadequação dos recursos humanos disponíveis e em formação para a consolidação do PSF, incentivou o desenvolvimento de Programas de Residência em Saúde da Família em todo o território nacional. Juiz de Fora, através da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), participou do processo licitatório desenvolvido pelo MS apresentando a Proposta Técnica para Residência em Saúde da Família, aprovada no ano de 2001.

A Residência em Saúde da Família (RESF), implantada em 2002 é coordenada pela Faculdade de Serviço Social, Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Medicina e Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES/UFJF), sendo que as três primeiras são responsáveis pela coordenação acadêmica e a última pela coordenação gerencial. Com um caráter multiprofissional, envolvendo Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos está centrada no treinamento em serviço tendo como objetivo “formar profissionais de saúde para desempenharem suas atividades profissionais em Unidades Básicas de Saúde na Estratégia Saúde da Família, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual” (Matriz de Acompanhamento e Avaliação, 2002, p. 4/5). Baseando-se em metodologias passíveis de provocar mudanças de comportamento profissional e de aplicabilidade imediata nos serviços” (Pautando-se no compromisso de formar profissionais competentes, criativos e resolutivos a Residência tem direcionado o processo de formação para o trabalho no sentido de desenvolver “a reflexão crítica, análise, síntese e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção de conhecimentos Proposta Técnica para a Residência em Saúde da Família. Juiz de Fora, 2001, p 8).

Quando foi criada a RESF disponibilizava 18 vagas distribuídas entre Assistentes Sociais (06), Enfermeiros (06) e Médicos (06). A partir de 2004, as vagas foram ampliadas para 21, divididas equitativamente entre as três categorias. Para o acompanhamento do processo de formação destes residentes há uma equipe de preceptores acadêmicos e de serviço. A preceptoria acadêmica é composta por um docente de cada categoria profissional que, através de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar busca assegurar apoio técnico/científico ao conjunto de preceptores de serviço e equipes de residentes em saúde da família. Formada por profissionais que realizam o trabalhos nas Unidades Básicas de Saúde da Família a preceptoria de serviço é responsável pelo acompanhamento/supervisão no cotidiano do trabalho dos residentes, buscando garantir o conhecimento técnico científico das profissões envolvidas e contribuir para a resolutividade das ações programáticas e emergenciais.

Três Unidades de Saúde da Família sediam a RESF: Parque Guarani, Progresso e Santa Rita. O critério utilizado para a seleção das Unidades foram não possuírem ainda o Programa de Saúde da Família e o interesse manifesto dos Conselhos Locais de Saúde de implantar o Programa.

A RESF tem duração 02 (dois) anos, em tempo integral (60 horas semanais), totalizando 5.520 horas. A formação dos Residentes ocorre na participação direta nas equipes de saúde da família de cada Unidade de Saúde, em estágios nos níveis secundário e terciários de atenção e, ainda, através do Curso de Especialização em Saúde da Família.

No Curso de Especialização em Saúde da Família, o Residente participa do módulo teórico-didático que aborda cinco áreas temáticas. As áreas definidas na Matriz de Acompanhamento e Avaliação (2002, p.9) contemplam os conteúdos:

- Área Temática 1: Atenção Primária à Saúde (APS) – aborda os princípios e diretrizes do SUS e Programa Saúde da Família. Discute o enfoque diferenciado da Saúde da Família, incluindo o método clínico na atenção primária, as ferramentas de trabalho em Saúde da Família, a consulta integrada, a visita domiciliar. Disponibiliza espaço para reflexão sobre integralidade, participação popular e controle social na saúde.

- **Área Temática 2: Intervenção no Processo Saúde-Doença (IPSD)** – aborda o processo de vida de forma contextualizada, considerando a inserção do indivíduo na família e na comunidade. Levando em conta os principais fatores de risco e estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde propõe reflexões sobre a promoção da saúde, bem como a prevenção das doenças em todos os níveis. Possibilita a capacitação técnica dos profissionais para o desempenho eficaz, eficiente e efetivo de suas atividades clínicas e condutas, dentro de um sistema de saúde integrado e hierarquizado, trabalhando sua integração na equipe multiprofissional.
- **Área Temática 3 – Epidemiologia (EPI)** – aborda os fundamentos do método epidemiológico, a partir de suas contribuições para o desenvolvimento das ciências da saúde. Explorando as interlocuções com a saúde pública e a medicina preventiva, o curso discorre sobre o diagnóstico da saúde e da comunidade, as principais medidas do estado de saúde, os fundamentos da bioestatística e o uso da informática como instrumento facilitador de sua prática, subsidiando o planejamento e a avaliação de serviço. Aborda também o uso da epidemiologia para melhorar o diagnóstico, o prognóstico e as intervenções no processo saúde-doença. Apresenta os principais enfoques e desenhos de estudos epidemiológicos, capacitando os profissionais para a adequada apreciação da literatura científica disponível, com ênfase na busca de evidências clínico-epidemiológicas pertinentes à sua prática.
- **Área Temática 4 – Administração das Unidades de Saúde (AUS)** – propicia o envolvimento e participação dos profissionais na sistematização das ações coletivas de saúde numa perspectiva contínua de avaliação, planejamento, execução e reavaliação, buscando eficácia e eficiência na assistência à saúde. Discute e aplica a metodologia do Programa Avançado de Gerência em Atenção Primária em Saúde (PAG-APA)
- **Área Temática 5 – Capacitação Pedagógica (CP)** – promove a discussão sobre as concepções pedagógicas e a sua utilização no processo de ensinar e aprender. Instrumentaliza para a execução da pedagogia da problematização a partir da análise das práticas educativas voltadas para as crianças, jovens e adultos no sentido de construir seus conceitos visando torná-los responsáveis e transformadores efetivos de suas rea-

lidades. Incentiva, discute e reflete sobre as práticas educativas em saúde e trabalho em equipe, aprofundando a relação entre os profissionais que desenvolvem o trabalho em saúde.

A metodologia da problematização permeia todo o processo de formação dos residentes, quer no treinamento em serviço, quer no Curso de Especialização. Acredita-se que esta metodologia centrada na reflexão do cotidiano estimula um processo de busca de novos e diferentes saberes que compõem e possibilitam uma (re)construção desse cotidiano, que é dinâmico e provisório. Segundo Bordenave (1995), a utilização desta metodologia possibilita desenvolver habilidades de observação, análise, avaliação, cooperação entre os membros do grupo e superação de conflitos, além de possibilitar o desenvolvimento de tecnologias culturalmente compatíveis.

6. Residência em Saúde da Família – espaço de formação e debate sobre o saber/fazer profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família

O processo de formação do Assistente Social na RESF tem como eixo norteador o projeto ético político da profissão. A proposta pedagógica vislumbra qualificar profissionais comprometidos com a atenção integral e a construção do trabalho coletivo em saúde, fortalecendo e potencializando novas lógicas de cuidar e assistir os usuários dos serviços de saúde.

É na perspectiva da atenção integral que o profissional de Serviço Social estrutura seu processo de trabalho no interior das equipes de saúde. Com uma abordagem individual e coletiva constrói sua prática na perspectiva do direito e da ampliação da cidadania contribuindo, com um aporte teórico metodológico sobre o processo saúde-doença, para o avanço das reflexões e possibilidades de atuação interdisciplinar no cuidado à saúde.

O Programa Saúde da Família compreendido como estratégia estruturante de mudança no modelo assistencial do SUS tem requerido dos profissionais de saúde o desenvolvimento de novas competências e habilidades para o trabalho. Exigências que se manifestam na amplia-

ção “da capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, de tomada de decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe de se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças” (FARAH, 2005, p.7).

Foi na perspectiva de refletir sobre essas novas exigências que o grupo de preceptores das três categorias (acadêmicos e de serviço) da RESF definiu, para o conjunto de profissionais que atuam nas Unidades de Saúde e que participam da Residência, as competências e habilidades necessárias para uma intervenção comprometida com os princípios e diretrizes do PSF.

A definição das competências ocorreu a partir de um amplo processo de discussões ocorrido durante o ano de 2004. As discussões culminaram com a elaboração do documento “Competências e Habilidades” que tem, a partir de então, orientado o processo de formação dos Residentes.

Pensando o núcleo profissional do Serviço Social como um conjunto de práticas e saberes amplos que se complementam na interlocução com outras categorias profissionais e no próprio cotidiano do trabalho, o grupo de Preceptores do Serviço Social identificou um conjunto de habilidades e conhecimentos necessários a serem adquiridos e/ou fortalecidos, já que muitos deles já foram completados na graduação, no sentido de direcionar a formação do Assistente Social no âmbito da RESF.

A discussão em torno das habilidades e conhecimentos necessários ocorreu tendo como referência os eixos de competência definidos nas Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área de Saúde: Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento, Educação Permanente/Pesquisa. Assim, no documento “Competências e Habilidades” (FARAH, 2005, p.48-54) definiu-se que o Residente em Serviço Social na RESF deve estar habilitado a:

- Avaliar as condições sociais do usuário emitindo parecer social, elaborando diagnóstico social;
- Elaborar síntese social familiar;

- Acompanhar as famílias e/ou usuários que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado;
- Orientar e encaminhar as famílias e/ou usuários para recursos sociais quando necessário;
- Orientar e encaminhar as famílias e/ou usuários aos benefícios sociais;
- Identificar redes de apoio para viabilizar atendimento das demandas dos usuários e/ou familiares;
- Desenvolver propostas de atendimento em grupo para os usuários e família;
- Estabelecer parcerias institucionais que possibilitem atender adequadamente as demandas das famílias, usuários e comunidade;
- Fornecer orientações de educação em saúde a família, usuários e comunidade;
- Estabelecer vias de comunicação participativa com as famílias e/ou usuários;
- Identificar os principais problemas que afetam a saúde das famílias, usuários e comunidades;
- Reconhecer os determinantes fundamentais da qualidade de vida, trabalho/renda e consumo de bens e serviços;
- Reconhecer as características ambientais, sócio-econômicas e culturais que interferem no processo saúde-doença;
- Realizar ações de promoção dirigidas a grupos ou segmentos populacionais alvo dos programas institucionais de saúde;
- Identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis e implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária;
- Realizar visitas domiciliares;

- Estabelecer parcerias institucionais (organizações governamentais e não-governamentais na comunidade e região), que possibilitem atender adequadamente as demandas das famílias/ usuários e comunidades;
- Participar de discussões de casos elaborando ações interdisciplinares para acompanhamento dos usuários;
- Oferecer subsídios às equipes de saúde para compreensão dos aspectos sociais que envolvem a situação do usuário e/ou família;
- Estimular a participação da comunidade nos conselhos de saúde;
- Fomentar as discussões sobre os direitos fundamentais de cidadania;
- Promover a mobilização social em parceria com lideranças comunitárias em torno das demandas e necessidades de saúde;
- Utilizar princípios e meios de comunicação para interagir com a equipe e comunidade;
- Assessorar os conselhos locais e regionais de saúde;
- Fortalecer os grupos organizados das comunidades;
- Identificar novas lideranças comunitárias;
- Estabelecer uma relação de compromisso AS/usuário;
- Consolidar, analisar e divulgar mensalmente os dados gerados pelo sistema de informações;
- Elaborar e consolidar plano de trabalho;
- Organizar o trabalho com base na programação do serviço tomando por referência critérios como eficiência/eficácia e efetividade;

- Identificar e aplicar instrumentos de avaliação da prestação de serviços, cobertura, impacto e satisfação;
- Manusear e utilizar dos sistemas de informação em saúde;
- Montar e operar banco de dados;
- Contribuir para o efetivo funcionamento dos sistemas de referência;
- Participar da implementação, controle e avaliação dos programas oficiais para a atenção básica;
- Desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de capacitação de pessoal de vários níveis e de educação continuada e permanente para a equipe de saúde;
- Produzir conhecimentos, através de estudos e pesquisas;
- Acessar as grandes bibliotecas virtuais e realizar leitura crítica de artigos científicos;
- Realizar estudos e levantamentos que identifiquem os determinantes do processo saúde-doença de grupos populacionais famílias e usuários;
- Registrar atendimentos individuais e coletivos.

No que diz respeito aos conhecimentos necessários foi estabelecido que o Residente deve dominar conteúdo que versem sobre:

- Técnicas de entrevista e abordagem ao usuário, família e comunidade;
- Conjuntura sócio-econômica e política;
- Legislação social e previdência social;
- Técnicas de visita domiciliar;

- Metodologias de avaliação de condições de vida e saúde, com base em indicadores que expressem incidência e prevalência de doenças, de situações fisiológicas e de condições de vida (demográficos e sócio-econômicos);
- Metodologias de identificação de demandas e seleção de prioridades;
- Noções básicas sobre a estrutura e funcionamento do corpo humano (anatomia e fisiologia) e alterações decorrentes de processos mórbidos (fisiopatologia);
- Código de Ética Profissional;
- Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde;
- Estatuto da Criança e Adolescente;
- Política Nacional do Idoso;
- Previdência Social;
- Procedimentos de suporte básico de vida para os casos de urgência e emergência;
- Recursos disponíveis na rede (serviços especializados, medicamentos, exames complementares, insumos, materiais educativos etc);
- Normatizações e protocolos vigentes no SUS (protocolos dos programas institucionais de promoção da saúde e qualidade de vida de grupos populacionais ou risco: criança, adolescente, gestante, idoso, hipertenso, diabéticos, usuários de drogas, dentre outros);
- Protocolos e fluxogramas de encaminhamentos na rede de serviços;
- Família contemporânea: os novos arranjos familiares, os processos de empobrecimento e marginalização da família;
- Ferramentas em saúde da família (Genograma, Ciclo de Vida, FIRO, PRACTICE, dentre outros);

- Formas e mecanismos de reação do ser humano ao processo saúde-doença e seus determinantes;
- Princípios de cidadania e solidariedade no relacionamento serviço de saúde/comunidade;
- Concepção da determinação social do processo saúde-doença;
- Contexto sócio-econômico e cultural do usuário e saber correlacionar dados e informações de acordo com sua realidade;
- Fundamentos e técnicas de comunicação aplicados à saúde;
- Teoria dos movimentos sociais;
- Teorias sobre participação popular e controle social;
- Teorias de educação popular e saúde;
- Teorias de relacionamento interpessoal;
- Teorias de recursos humanos;
- Teorias de planejamento, administração e gerência em saúde;
- Fundamentos de economia do trabalho aplicados à gerência do trabalho em saúde;
- Metodologia de avaliação dos serviços de saúde;
- Estruturação e funcionamento da rede de serviços de saúde;
- Fundamentos e técnicas de informática aplicadas à saúde;
- Sistemas de informação de saúde (SIM, SINASC, SINAN, SIAB, dentre outros);
- Organograma da instituição onde atua;

- Protocolo para elaboração de plano de atividades. Identificação de objetivos, meios e recursos, formulação de propostas de intervenção, considerando custos, eficiência, eficácia, efetividade e viabilidade das ações;
- Dinâmica do trabalho em equipe e as atribuições das diferentes categorias profissionais;
- Dinâmicas de grupo;
- Ferramentas para viabilizar pesquisas na Web;
- Metodologias de investigação científica;
- Código de Bioética.

Atuar no sentido de assegurar o desenvolvimento das habilidades elencadas, bem como dos conhecimentos necessários para tal, tem se constituído em grande desafio para os preceptores (acadêmico e de serviço) responsáveis pela formação do profissional de serviço social na RESF. A expectativa é que tendo como referência este conjunto de habilidades/conhecimentos possamos desenvolver um processo educativo comprometido com o direito do usuário à saúde, com uma assistência de qualidade, resolutiva e equânime.

A participação do Serviço Social na RESF tem representado um momento impar de ampliação e fortalecimento da formação dos profissionais. Os espaços oportunizados pela Residência (reuniões com preceptores, grupo de estudos, oficinas, seminários etc.) significam para Residentes e Preceptores uma rica oportunidade de aprendizagem, socialização de informações, troca de experiências, amadurecimento e construção de novas práticas e saberes da profissão.

Referências Bibliográficas

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins Pereira. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1995.

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL, FACULDADE DE MEDICINA, FACULDADE DE ENFERMAGEM, NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE – NATES/UFJF. **Proposta Técnica para a Residência em Saúde da Família**. Juiz de Fora: 2001. (mimeo)

FARAH, Beatriz, *et al.* **Competências e Habilidades**. Faculdade de Serviço Social, Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde/UFJF. Juiz de Fora, 2005. (mimeo)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área de Saúde**. Brasília: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Brasília, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/PROGRAMA DE RESIDÊNCIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Matriz de acompanhamento e avaliação – Residência na Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2002.

CECÍLIO, I. C. O.; MERHY, E.E. **A Integralidade do Cuidado Como Eixo da Gestão Hospitalar** *In: A construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

MATTOS, A. R. 2003. **Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde**. *In: A Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUSA GAMA, Andréa; SOUZA BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

NETTO, José Paulo. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

REZENDE, Conceição. **Reforma Gerencial do Estado Brasileiro e o SUS**. Palestra proferida em ENCONTRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Betim: 2000.

SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e Participação na “Reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

STEPHAN-SOUZA, Auta I. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho Coletivo em Saúde**. Revista APS ano 2, março a junho. Juiz de Fora: NATES/UFJF, 1999. n. 2.

TEIXEIRA, R. R. 2003. **O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como Rede de Conversações**. *In: A Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.