

**TRABALHO EM SAÚDE E FORMAÇÃO EM SERVIÇO:
CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA O TRABALHO COLETIVO****Health work and in-service training: contributions of Social Service to collective work**Marina Maria Monteiro de Castro e Castro¹, Lêda Maria Leal de Oliveira², Auta Iselina Stephan de Souza³**RESUMO**

Este artigo tem por objetivo discutir o trabalho coletivo em saúde e apresentar as bases teóricas que cercam o projeto político e pedagógico de formação para o trabalho Coletivo em saúde das Residências em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para tanto, resgata - a partir de uma revisão teórica - categorias essenciais que circundam esta temática. É realizada uma análise das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a partir da década de 1970, uma vez que, ao se reestruturar a forma de produção de mercadorias, deu-se também a fragilização das formas de inserção no mercado de trabalho. Tais mudanças apresentaram rebatimentos no trabalho em saúde e mostraram-se mais um condicionante da prática do assistente social. Apesar dos desafios postos pela conjuntura neoliberal (adversa à consolidação e expansão de direitos sociais), o profissional de Serviço Social é cotidianamente desafiado a buscar alternativas competentes e criativas, explorando as possibilidades existentes na realidade e fortalecendo o caráter democrático dos serviços públicos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Saúde; Internato e Residência; Serviço Social.

ABSTRACT

Abstract: This article aims to discuss collective health work and present the theoretical bases underlying the political and pedagogical project of collective health work in the social services residencies of the Federal University of Juiz de Fora, Brazil. Essential categories that surround this topic are theoretically reviewed. This study analyzed the changes that have occurred in the working world beginning since the 1970s, once the restructuring that occurred in the methods of producing goods also placed workers in a more fragile position in the workforce and helped to undermine the workers' rights. These changes have had consequences for health care work, and have proven to be yet another determining factor in the practice of social work. In spite of the challenges presented by the neo-liberal economy (which is adverse to the consolidation and expansion of social rights), Social Workers face the daily challenge to search for viable and creative alternatives, seeking out actual possibilities and strengthening the democratic character of public health care services.

KEY-WORDS: Work; Health; Internship and Residency; Social work.

¹ Marina Maria Monteiro de Castro e Castro, Assistente social. Doutoranda em Serviço Social/UFRJ. Mestre em Serviço Social/UFJF. Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/Polo Universitário de Rio das Ostras. E-mail: marinamccastro@yahoo.com.br

² Lêda Maria Leal de Oliveira, Assistente Social. Doutora em História/UNESP. Professora da Faculdade de Serviço Social e do Mestrado em Serviço Social/UFJF.

³ Auta Iselina Stephan de Souza, Assistente Social. Doutora em Saúde Pública/ENSP. Professora da Faculdade de Serviço Social e do Mestrado em Serviço Social/UFJF. Professora do Mestrado em Saúde Coletiva/UFJF.

INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende apresentar a proposta de formação para o trabalho coletivo das Residências em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), tendo como referência a discussão sobre o trabalho em saúde na cena contemporânea, ressaltando seus dois âmbitos de discussão: o que parte da noção clássica de trabalho e o que tem como eixo a micropolítica do trabalho e, como base, a noção de cuidado.

Partimos do entendimento de que a temática do trabalho em saúde necessita ser analisada na articulação entre esses âmbitos, ressaltando o contexto neoliberal que provoca desdobramentos visíveis na área da saúde seja através da introdução de novas tecnologias e formas de organização, ou através da redução do gasto público, da privatização ou da indução à precarização das formas do trabalho.

Assim, torna-se imperativo um processo de formação para o trabalho em saúde que tenha como norte o trabalho coletivo e a construção de uma atenção à saúde pautada no cuidado, uma vez que Franco & Merhy ressaltam que os trabalhadores de saúde podem ser importantes e potentes dispositivos para a modificação dos serviços de assistência à saúde através do reconhecimento por aqueles de que os serviços de saúde possuem uma natureza pública, da necessidade do desenvolvimento do trabalho a partir de valores humanitários e da solidariedade, e do reconhecimento dos direitos de cidadania.

DESENVOLVIMENTO

1. Trabalho coletivo em saúde: contribuições ao debate

O trabalho em saúde envolve sempre uma combinação explícita de ações e operações entre pessoas que acumulam formação, interesses, projetos, culturas e intencionalidades distintas ou assemelhadas. As posturas e conhecimentos parcelares de cada uma das profissões, ao desenvolver o trabalho de modo isolado, sem interação - a não ser em situações ocasionais e com gradações diferentes -, comprometem a composição cooperativa e fortalecem a permanência do trabalho fragmentado, oposto à proposta de atenção integral para a consolidação do SUS.

O trabalho em saúde, insulado em seu próprio conhecimento, mesmo podendo apresentar alta qualidade técnica, ainda assim se mostra restrito, ao se considerar o potencial de contribuição efetiva dos avanços do conhecimento e da tecnologia de cada uma das profissões, que caminham no encontro de explicações e interfaces sociais, econômicas,

culturais e biológicas que podem alargar a compreensão do problema de saúde e, conseqüentemente, a qualificação da produção do cuidado.

Assim, nenhum profissional sozinho, desenvolvendo seu rol de atribuições adquiridas durante sua formação peculiar, tem condições de abarcar os aportes teóricos e operacionais proporcionado pela incorporação de conhecimentos multidisciplinares necessários ao incremento da totalidade SUS que envolve: definição de política, gestão e financiamento, modelo de atenção, processo de trabalho e produção tecnológica.

Outro aspecto importante face ao trabalho em saúde inserido na esfera dos serviços é o seu processo de trabalho baseado nas ações entre pessoas que se estabelece numa outra inter-relação pessoal, uma vez que, quando o profissional encontra-se com o usuário, passa a acontecer em um “espaço intercessor”. Tal interseção é do tipo compartilhada, porque o usuário não é apenas um consumidor do trabalho, mas é um coparticipante do mesmo, já que dele depende o fornecimento de informações e o cumprimento e adesão às prescrições elaboradas pelo profissional. O usuário é percebido como um coparticipante, sendo esta interseção intrínseca ao desenvolvimento do processo de prestação do serviço/atendimento da necessidade de saúde apresentada.

Merhy⁴ aponta que, no trabalho em saúde, a questão primordial para o seu entendimento é a compreensão da centralidade do trabalho vivo em ato. O trabalho vivo em ato opera com tecnologias relacionais em dois âmbitos: no primeiro, opera como gestor de processos, construindo objetos, recursos e intenções; e, no segundo, age para a produção de bens e produtos. As tecnologias de relações, encontros de subjetividades, sobrepõem-se aos saberes tecnológicos estruturados, permitindo a realização de práticas de acolhimento, vínculo, escuta e busca de autonomia. O autor enfatiza que, no trabalho em saúde, a efetivação da tecnologia relacional é uma das suas dimensões-chave, representando, em última instância, as necessidades de saúde como sua intencionalidade, sendo, portanto, um caminho de publicização das diferentes intencionalidades dos vários sujeitos que conformam o trabalho em saúde.

A assistência à saúde envolve um trabalho do tipo profissional, realizado por trabalhadores que possuem conhecimentos e técnicas específicas para realizar atos assistenciais comprometidos com indivíduos ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecimento, realizando atividades investigativas, preventivas, curativas e de reabilitação. Schraiber & Machado destacam que o profissional da saúde é compreendido como um sujeito

social e sujeito no trabalho, “interligando-se as temáticas do sujeito individual e sujeito coletivo na cena institucional e na cena social”. Ressaltam ainda que ser um trabalhador da saúde implica em ter um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva para lidar com pessoas em situação frágil e dependente das suas orientações, o que exige do profissional disciplina, responsabilidade, atenção e a capacidade de conviver com a dor e o sofrimento.

As profissões de saúde existem em um campo de saberes e práticas que são capazes de interferir no processo de adoecer/curar - cujos núcleos de competência organizam-se pelas práticas de assistir/cuidar e práticas de promoção da saúde que são distintas na medida em que se voltam para as pessoas ou para as coletividades humanas. Considerando que todo profissional de saúde requer habilitação técnica para o desenvolvimento de suas atividades, vê-se a possibilidade da organização de uma assistência em equipe, deslocando o eixo da organização das práticas profissionais de atenção à saúde do corporativo-centrado (responsabilidade dos atos de saúde pertence ao profissional que o executa), para o eixo usuário-centrado (responsabilidade voltada para assimilar as necessidades dos usuários com o direito à saúde).

O trabalho em equipe pode ser definido como:

(...) o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar (...). A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas à população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns.^{7:233}

Entretanto, as profissões 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. O trabalho em equipe só atende plenamente aos objetivos de cura e promoção da saúde se for construído com base em afirmação de projetos terapêuticos singulares e disponibilidade dos profissionais para compreender o discurso teórico/ prático do conjunto das profissões envolvidas.

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. Porém, para que esta afirmação seja efetivada, Ceccim ressalta que é necessário analisar dois problemas estratégicos do trabalho em saúde: formação e exercício profissional.

A formação, segundo o autor, envolve os seguintes eixos: componentes de ensino formal para a habilitação nas profissões regulamentadas; aperfeiçoamento e especialização para áreas profissionais; aprofundamento ou inovação em conhecimentos específicos; desenvolvimento profissional, pessoal e institucional dos trabalhadores e do trabalho; qualificações aplicadas ao exercício de funções determinadas pelo processo produtivo em saúde; interações com os movimentos de educação popular em saúde para favorecer a alteridade entre formação e necessidades sociais por saúde; e, ainda, a certificação dos serviços de saúde como serviços complementares e essenciais do ensino de saúde.

O modelo hegemônico na atenção à saúde é pautado numa visão individualista, desconectada de seu 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.

Ceccim aponta que 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.

O autor acrescenta como mote desta transformação, a formação e o desenvolvimento do trabalho, que devem desenvolver estratégias de pensamento e experimentação das ações em saúde. Para isto, deve-se ter em mente que a formação deve ser pautada na realidade social e individual de cada situação de saúde e nas reais necessidades dos usuários, e o refrão “sentir e pensar” deve ser o facilitador da educação permanente em saúde.

É sabido que, a partir dessas transformações, principalmente da formação não baseada no modelo biomédico, pode-se abrir espaço para a construção do trabalho em equipe e coletivo 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.

Conseqüentemente, aposta-se na abertura de canais de escuta e comunicação favoráveis à democratização das informações, à efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS e ao fim da supremacia de uma profissão sobre a outra, que ainda reúne forças para manter a hegemonia apesar da política de saúde atual propor justamente o contrário.

Neste momento, o Ministério da Saúde lança novos editais para projetos de residências multidisciplinares, ainda apartados dos editais solos da residência médica, que teima no avanço solitário, como se ainda fosse possível, deste modo, atender às diretrizes postas pelo SUS, que orienta para a busca da saúde integral, dependente direta das condições de vida. Já se buscaram alternativas para conciliar interesses díspares e ativar projetos de formação com capacidade de agregar o conjunto das treze profissões de saúde?

Aliado a este contexto, destaca-se que o trabalho em saúde tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelo modo de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia, incorporando elementos do planejamento estratégico, gerenciamento flexível e crescente incorporação das tecnologias que passam a exigir o constante confronto e a complementação de conhecimentos.

Desde os anos 1980/1990, com o surgimento 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 educação, manipulação dos espaços de controle social e minimização dos direitos garantidos na Constituição de 1988. No âmbito da saúde, 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.

Nesse processo, o trabalhador de saúde lida com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com o 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.

As alterações expostas acima repercutem sensivelmente na prática cotidiana dos trabalhadores, requerendo dos profissionais a realização de intervenções e atividades articuladas (multiprofissionais), com direcionamento interdisciplinar; redimensionamento da autonomia profissional com vistas a recompor os trabalhos parcelares e a comunicação entre os profissionais; e maior qualificação.¹¹ Uma estratégia para fortalecimento desse mote é a construção do trabalho coletivo em saúde envolvendo as diferentes profissões e seus saberes.

Ao reconhecer as treze categorias profissionais de saúde de nível superior (Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Veterinária, Química, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biologia, Biomedicina, Fonoaudiologia) a Resolução nº. 287 de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde - CNS abre espaço para a afirmação de um trabalho com potencial de envolvimento das referidas profissões de saúde, de forma efetiva e não apenas tangencial como era identificado por quem exercia suas ações no campo da saúde. Este reconhecimento vem ao encontro das inovações propostas pelo SUS, sobretudo no que diz respeito ao conceito ampliado de saúde e da necessidade de interdisciplinaridade para “garantir” uma ação integral. Assim, mesmo não se manifestando de forma totalmente explícita, sugeria mudanças essenciais voltadas para a formação de trabalho interdisciplinar e coletivo para levantar condições e alternativas de modo a concretizar este trabalho como mais uma forma de qualificar a produção do cuidado em saúde.

Em que pesem as considerações expostas, as concepções históricas e conceituais, tão bem descritas sobre a influência flexneriana na formação médica e transpostas para a formação da maioria das profissões de saúde, foram preservadas. Manteve-se a tendência à valorização da especialização com perda da visão de totalidade como elemento fundante da clínica generalista, o estímulo às formas de medicalização sustentada apenas por tecnologias duras e apoiadas exclusivamente em uso de medicamentos de ponta, o fortalecimento de uma formação com ênfase na pesquisa biológica desvinculada dos aspectos sociais, psicológicos e culturais.

Os três aspectos abordados, a especialização, a medicalização e a formação particularizada, são cultuadas até o presente e tem 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 pro-

fissões de saúde. A aceitação destes conhecimentos, quando acontece, é ainda marcada por reconhecimentos pontuais, só após a comprovação da eficácia dos procedimentos que, em geral, precisam ser reafirmados em cada ato, levando a desgastes quase sempre desnecessários.

Os avanços, se é que houve, são muito tênues e ocasionais, sem, entretanto, apontar para significativas mudanças. Em 1999, Stephan-Souza¹⁰ produziu um artigo sobre o trabalho interdisciplinar e coletivo que provocou inúmeras discussões. Primeiro, pela dificuldade de algumas profissões reconhecerem outras como sendo do campo da saúde; segundo, pelo interesse de algumas profissões em ampliar seu leque de conhecimento e de atuação; e, terceiro, talvez o mais importante, pela tendência em preservar a conquista da hegemonia e reconhecimento fortalecido durante todo o século XX, com exceções apenas episódicas. A todo o momento, depara-se, no campo da saúde, com iniciativas calcadas na busca por organizar trabalhos conjuntos, interligando as profissões com o entendimento de que a construção do trabalho coletivo é produto do homem, imprimindo uma nova forma de cooperação. Ele não se constitui na soma de trabalhos individuais, mas o produto final do trabalho de um profissional é o ponto de partida para o trabalho de outro, produzindo uma interdependência direta no trabalho e dos profissionais entre si. Os resultados dependem, conforme assegura a mesma autora, do grau de regularidade, continuidade, uniformidade, ordenamento e intensidade que não se alcança apenas no trabalho individual.

Por regularidade e continuidade, entende-se o dispêndio de tempo que o grupo de profissionais apresenta para ativar o projeto de trabalho. Da regularidade e continuidade, brota quase sempre uma base de confiança construída no trabalho rotineiro que torna a pareceria possível, em que a troca de experiências, conhecimentos e informações pode transcorrer num clima de cordialidade no qual os projetos em disputa não ferem as susceptibilidades e o trabalho pode fluir apesar das diferenças. Quanto à uniformidade, esta só acontece quando há definição clara de um projeto terapêutico acertado entre os profissionais que, no aprendizado de tecnologias e inovações, estas podem ser analisadas e assimiladas dando um peso mais uniforme na forma de proceder no desenvolvimento do projeto terapêutico, consentido e desenvolvido por todos, que deve estar sempre voltado para abrigar as novas tendências que, discutidas, terão potencial de serem incorporadas pelo grupo.

O ordenamento assegura a escolha das prioridades no desenvolver do projeto terapêutico, que deverão ser acordadas entre todos para apontar e justificar os elementos tecnológicos essenciais para aplicação no momento.

A intensidade, relacionada à interdependência direta no trabalho em saúde, direciona o grau de adesão, de expressão da vontade dos profissionais de ver realizado o produto originário das discussões coletivas, depois de ter passado por um crivo para definir o projeto terapêutico após confrontos de posturas dissidentes e/ou convergentes.

Todos os elementos destacados - regularidade, continuidade, uniformidade, ordenamento, intensidade - sofrem as consequências da maior ou menor disponibilidade interna (condições subjetivas) ou externas (condições oferecidas pelo meio) para restringir as formas originais de poder e crescer com as formas de aplicação da base democrática, que tem, na horizontalidade, na aceitação e no respeito do conhecimento do outro profissional, o fundamento para fazer valer um projeto terapêutico único construído por tantas quantas forem as profissões envolvidas.

Como assegura Oliveira¹³, o trabalho coletivo não suprime a dimensão individual do trabalho de cada sujeito que compõe a equipe de trabalho. As posturas e posições assumidas por cada um frente à realidade faz balançar o conhecimento cristalizado original ao proporcionar aberturas para inovações tecnológicas pertinentes ou fortalecer o conhecimento original, agora revigorado pelos argumentos recentes colocados novamente em cena. O trabalho coletivo pressupõe o comprometimento de cada profissional, a cooperação que pode se sobrepor à autoridade quando os profissionais se aceitam como iguais e se mostram dispostos a dividir, criticar e acatar os conhecimentos disponibilizados pela equipe. A construção do trabalho coletivo pressupõe experiências que envolvem educação formal distinta, sentimento de pertencimento, também distinto em relação a um determinado projeto, e expressam o exercício maior ou menor da relação democrática. Pressupõe, também, a conciliação entre os sujeitos profissionais dispostos a colocar os conhecimentos e práticas a serviço de um projeto terapêutico agora pensado como não mais pertencendo a uma profissão, mas definido e construído pelo conjunto dos profissionais no especial e novo processo de trabalho interdisciplinar.

Compactua-se com a posição defendida pela autora de que há dois elementos centrais que alimentam o trabalho coletivo: a cooperação e a interdisciplinaridade. Cooperação sobrepondo-se à autoridade quando os profissionais percebem-se como iguais e isto acontece quando há trocas teóricas e de experiência em que é comprovada a competência, principalmente quando pautadas em pesquisas sobre aquela realidade.

No trabalho coletivo, o princípio democrático se faz presente, posto que implica aprender a “ouvir, respeitar a

opinião dos outros e ao mesmo tempo argumentar para defesa de suas próprias ideias^{13:91}. O conflito de opiniões e de interesses faz parte do jogo democrático, não buscando a uniformidade, mas a convivência de pares que entendem as discordâncias como parte do processo e apostam no potencial de acordo consensual após as discussões nos momentos críticos. O trabalho coletivo não pode ser compreendido apenas no ato de colocar profissionais num mesmo espaço de trabalho. Mais do que compartilhar espaços físicos, implica em compartilhar saberes, projetos, poderes e vontades. Significa estabelecer parcerias e responsabilizar-se coletivamente pelo trabalho. Não basta a intenção, mas sua correlação com ações reais, soluções conjuntas na definição do projeto terapêutico, colocar em prática o que foi discutido e estabelecido pelo grupo, as leituras que cada um faz da realidade. A interdisciplinaridade, também defendida como base da construção de um trabalho coletivo contempla, segundo Saupe et al^{14:521}:

(...) “o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e exigência de um olhar plural; a possibilidade de um trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas; o investimento como estratégia para a concretização da Integralidade das ações de saúde”

As reflexões propostas têm acompanhado todo o processo de formação de assistentes sociais na Faculdade de Serviço Social/UFJF, em especial nos programas de Residências - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde do Adulto e Serviço Social Hospitalar - constituindo-se em elemento central do projeto político e pedagógico. Isto é, todo o processo é direcionado no sentido de formar profissionais capazes de se integrarem às equipes de saúde comprometidas com os ideários propostos pelo trabalho coletivo e interdisciplinar.

2. Formação para o trabalho coletivo: bases teórico-conceituais das Residências em Serviço Social da UFJF

As bases teóricas que cercam o projeto político e pedagógico de formação do Trabalho Coletivo em saúde estão focadas em três núcleos fundantes: integração ensino/serviço, produção do cuidado e tecnologias em saúde (duras e relacionais).

As afirmativas a seguir estão sustentadas pelas discussões teóricas de Ceccim e Feuerwerker e Albuquerque et al, que colocam a importância da educação permanente em saúde e da integração ensino-serviço, e cujas orienta-

ções fundamentam os projetos de Residência em Serviço Social construídos ao longo dos anos de 1998 a 2010. Estas discussões tornaram-se base conceitual e operacional tanto no espaço do Hospital Universitário /Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS) como das unidades básicas de saúde, fornecendo os principais aportes nas relações entre aprendizado e assistência, ao reconhecer que o espaço de interseção entre serviço e ensino é essencial para a formação e consolidação do SUS.

Estas discussões são pautadas pelos valores do SUS e pelo Código de Ética dos Assistentes Sociais. No interior do debate e indicações, também se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação na rede de cuidados que, ao ser efetivada, exige um acompanhamento acurado para garantir os princípios propostos para este tipo especial de formação que se desenvolve em um processo simultâneo de trabalho e aprendizado.

Para isto, segundo Albuquerque et al¹⁶, busca-se a articulação constante entre teoria e prática, suscitando a reflexão crítica que se torna exigência para prática, sem a qual a teoria poderia ser considerada uma falácia, e a prática somente ativismo. A integração ensino-serviço acontece de forma efetiva ao unir docentes, residentes e profissionais das várias disciplinas de saúde, tendo com foco central o usuário, principalmente ao visar minimizar a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde.

Pretende-se, atualmente, inverter o sentido dos cuidados implementados junto aos usuários, alternando na medida da necessidade do usuário, os procedimentos custosos de produção de saúde, baseados na aplicação das práticas flexnerianas das especialidades médicas e oneradas pelo uso excessivo de medicalização, pelas tecnologias relacionais que são centradas em atitudes acolhedoras e no vínculo com o usuário. Para isto, busca-se a prática do cuidado na prevenção e na cura, tendo como finalidade última o trabalho em saúde que se pauta na defesa da vida e dos direitos de cidadania. Neste sentido, a construção de ações e estratégias de controle de doenças e de promoção da saúde, de formação e capacitação continuada, de educação e de comunicação em saúde, de integralidade da atenção, de intersetorialidade e de equidade passaria a fazer parte das agendas e perspectivas de intervenção de docentes, residentes e profissionais da saúde.

Neste contexto, cabe ressaltar o papel do residente sobre o modo de seu proceder face à atenção à saúde. Se, de um lado, os fatores sociais, econômicos e políticos definem, em grande medida, a estrutura e organização dos serviços, referentes aos aspectos do que podemos chamar de macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o

perfil assistencial são dados por processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente o potencial para a produção do cuidado à saúde. Sendo 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 a produção de cuidados.

Os autores referenciados observam aspectos importantes na dialética de formar, direcionada a um modelo centrado no usuário e que, aos poucos, se transforma na presença de novos arranjos tecnológicos, sustentados pelo enfoque relacional, que abrange os indivíduos trabalhadores entre si e estes com os usuários. A autonomia do profissional de saúde muitas vezes é o que determina o perfil de determinado modelo tecnoassistencial. Em sua liberdade de ação, propõem mudanças capazes de arrefecer os processos tradicionais da organização de serviços de saúde. Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e pedagógica e a adesão desses profissionais a um novo projeto que se refaz permanentemente na crítica aos procedimentos realizados e na busca da formação do trabalho coletivo com base na interdisciplinaridade.

É preciso buscar sempre uma aproximação consensual sobre as formas de trabalhar que esteja em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente. Daí a ênfase no processo de educação permanente fundada no processo de ensino-serviço que aposta na evolução do conhecimento em prol da defesa do usuário e do direito à saúde. Apoiar-se na tecnologia relacional realizada na integração ensino-serviço e voltada para a de produção do cuidado em saúde.

A integração ensino-serviço, pautada no trabalho em equipe desenvolvido pelas Residências, é pensada tendo em vista tanto a formação de capacidades coletivas e interprofissionais quanto o fortalecimento daquelas que constituem as especificidades de cada profissão. Todo processo educacional das residências tem como núcleo a concepção de que o residente seja capaz de desenvolver o trabalho em conjunto com os profissionais de outras áreas da saúde, valorizando a interdisciplinaridade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo corporativo, recortado e reduzido, para o eixo plural e complexo centrado no usuário¹⁶ que o exercício do trabalho coletivo e interdisciplinar pode proporcionar.

Para Ceccim e Feurweker¹⁵, o movimento de interseção na equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e

instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e construir a intervenção coletiva, constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em um desempenho protegido pela condição da equipe, tendo como meta projetos terapêuticos responsáveis pela resolubilidade das ações e dos serviços de saúde.

A proposta da educação permanente parte de um desafio central, coerente com os propósitos da integração ensino-serviço, cara à Residência em Saúde. A formação deve ocorrer de modo descentralizado, ascendente e interdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo o conjunto dos saberes à disposição e elaborados na convivência cotidiana nos serviços de saúde. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os profissionais envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe grupal e matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento.

O conceito de Educação Permanente em Saúde, adotado pelas Residências em Saúde da UFJF, notadamente as de Serviço Social, oferece, como centralidade, o estabelecimento de ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela metodologia em educação na saúde (a educação intercede na saúde, renovando suas tecnologias de aprendizagem) e pela formação interdisciplinar e intersetorial (a aliança entre os conhecimentos disciplinares e de os modos de intervenção conjuntos das políticas públicas).

As Residências em Serviço Social da UFJF, desde a construção de seus projetos peculiares, aproximaram-se da implementação de tecnologias relacionais na produção do cuidado em saúde. Autores como Merhy, Franco, Ayres deram aportes adicionais à construção do trabalho coletivo e interdisciplinar na implantação de processos de formação continuada ofertados em cursos de especialização, grupos de estudo de integração disciplinar e de análise das experiências cotidianas.

Enfatiza-se que as tecnologias relacionais sempre estiveram presentes nas práticas profissionais dos assistentes sociais, ainda que com denominações diferenciadas em cada tempo histórico do desenvolvimento da profissão. Assim, sempre integraram o projeto formativo do Serviço Social (fundamentos teóricos, princípios, diretrizes ética, política e metodológica e saberes interventivos). Constituem, portanto, o braço de suporte imediato da intervenção, acordos

com as necessidades dos campos específicos do trabalho profissional, como exemplifica o da saúde, neste texto.

As tecnologias relacionais, pautadas no respeito à dignidade dos homens, no respeito às diferenças de valores e de cultura, no respeito à negação de qualquer forma de discriminação e preconceito e no direito do homem a receber todas as informações acerca de sua situação social, ao longo do tempo, incorporaram outras imprescindíveis, tais como: a defesa da democracia em seu amplo aspecto, da participação social e da garantia de cidadania com vistas aos direitos, civis políticos e sociais e de compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Estes fundamentos, como base da tecnologia relacional exercitada pelo Serviço Social, transpostos para o campo da saúde, sedimentam os trabalhos em equipe, sempre empenhados em ampliar as parcerias oriundas do conjunto das profissões de saúde e sedimentar a cumplicidade produtiva neste espaço de trabalho.

Os assistentes sociais, como profissionais comprometidos com a formação do trabalho coletivo e com a assistência, são formados para construir relações interprofissionais e horizontalizadas usando opções tecnológicas tais como: trabalho em equipe, gestão da assistência/produção do cuidado, visitas domiciliares e trabalhos grupais, entre outras, que criam o vínculo e a responsabilização pelo usuário. Parte-se do conhecimento de que o ato de cuidar é central no trabalho dos serviços de saúde. Por meio da produção do cuidado, é possível atingir a saúde que é, de fato, o objetivo a que se quer chegar, desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo realizado pelos profissionais com grupos de usuários.

O projeto terapêutico singular que envolve as tecnologias relacionais e terapêuticas volta-se para analisar os serviços de saúde como espaço de entendimento dos fluxos, demandas e necessidades dos usuários, via trabalho compartilhado. Visa compor um modelo assistencial horizontalizado, capaz de absorver as redes integradas de saúde, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços e constituir equipes receptivas às demandas e necessidades dos usuários.

A concepção de trabalho em saúde que fundamenta as Residências em Serviço Social se expressa para além dos saberes tecnológicos tradicionais. No trabalho das residências, retoma-se o conceito das tecnologias leves ou as tecnologias relacionais do tipo da produção de vínculo, autonomia, acolhimento, gestão, formas especiais e alternativas de reforço aos processos de trabalho coletivos centradas no direito ao acesso a serviços de qualidade.

As tecnologias relacionais, usualmente trabalhadas pelo Serviço Social nos níveis de complexidade do sistema de

saúde, são: Educação em Saúde ou Educação Emancipatória, Planejamento e Gestão, Trabalho em Equipe, Trabalho Coletivo, Informação e Comunicação, Práticas de Acolhimento e Vínculo, Visitas Domiciliares. Todas estas diretamente implicadas na realização de pesquisas e atualizadas na aquisição de novos conhecimentos oriundos de estudos contínuos do Serviço Social na relação com o conjunto das catorze profissões do campo da saúde.

As tecnologias de informação e comunicação, trabalho em equipe, visitas domiciliares, produção das linhas progressivas de cuidado nas redes integradas de saúde e gestão horizontal e democrática são cultivadas, por excelência, pela formação peculiar das Residências em Serviço Social da UFJF que têm, na linguagem, na formação do discurso competente, na construção do trabalho coletivo e interdisciplinar, os instrumentais principais de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É na realização do trabalho que o homem estabelece relações com outros homens, pois aquele não pode nunca ser realizado isoladamente. Por isso, o trabalho é, necessariamente, coletivo. Por ser realizado coletivamente, o trabalho gera a necessidade de os homens se comunicarem entre si, e, assim, há necessidade do estabelecimento de uma linguagem articulada, através da qual os homens irão expressar suas representações e concepções de mundo. É esse caráter coletivo que faz com que o trabalho tenha também um caráter social.

No trabalho em saúde, o trabalho coletivo deve guiar a realização do trabalho e o processo de tomada de decisões, sendo a produção do cuidado formulada a partir da convergência entre diferentes experiências, porém amparadas em uma mesma referência ética. Assim, as ações não são de ordem somente executora e nem guiadas somente por escolhas individuais, já que sempre há envolvimento em normas antecedentes que foram construídas de forma coletiva ao longo da história.

A proposta das residências em Serviço Social da UFJF tem direcionado seu trabalho em uma perspectiva interdisciplinar e cuidadora através de uma relação interprofissional, voltada para assegurar o direito do usuário, pautada no vínculo, respeito, escuta, diálogo, responsabilização com base na análise da realidade social em que vive o usuário. Apesar de um contexto adverso, principalmente propiciado pelo projeto neoliberal de restrições de financiamento, privatizações e redução do gasto público, almeja-se um SUS operativo e de qualidade, com a contribuição das catorze profissões de saúde que, ao defender cada uma seu

corpo disciplinar próprio, concomitante assimila e coloca em prática os conhecimentos gerados pelo conjunto das profissões de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 - Nogueira RP. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, organizador. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP; 2002. p.257- 85.
- 2 - Castro MC. Trabalho em saúde: a inserção dos assistentes sociais na atenção primária à saúde [dissertação]. Juiz de Fora: UFJF; 2009.
- 3 - Franco T, Merhy E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Merhy E, Magalhães JR, Rimoli J. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC. 2003; 161-98.
- 4 - Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora HUCITEC; 2002. 189p.
- 5 - Pires D. A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; 1998. 254p.
- 6 - Schraiber LB, Machado MH. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.281-97.
- 7 - Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):233- 34.
- 8 - Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p.259-78.
- 9 - Ceccim RB. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos organizados de Produção em Saúde”. Desafios para a Educação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ; 2005. p.161-80.
- 10 - Stephan-Souza AI. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. Rev APS. 1999; 2(2):10-4.
- 11 - Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saúde. 2002; 1(1):75-91.
- 12 - Fortuna C, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Saúde em Debate. 2002; 26(62):272-81.
- 13 - Oliveira LHR. Trabalho Coletivo em Educação: os desafios para a construção de uma experiência fundamentada na cooperação em Uma escola municipal de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 14 - Saúpe R. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(18):521.
- 15 - Ceccim RB, Feurweker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social . PHYSIS. 2002; 14(1):41-65.
- 16 - Albuquerque VS, Gomes, AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho R. Integração ensino/serviço no contexto da mudança na formação superior dos profissionais de saúde. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(10):1-14.
- 17 - Merhy E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
- 18 - Franco T. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração nos cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface. 2007; 3:1-12.
- 19 - Ayres JRJM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3):16-29.
- 20 - Marx K. O Capital - crítica da economia política. Livro Primeiro: o processo de produção do capital. 18ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001. 571p.

Submissão: fevereiro de 2011

Aprovação: março de 2011
