

Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: reflexões sobre competências e atribuições dos assistentes sociais/residentes

Luciana Gonçalves Pereira de Paula*

Joseane Barbosa de Lima**

Vanisse Bernardes Bedim***

RESUMO: O presente artigo é parte da pesquisa intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”, realizada entre 2017 e 2018, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS), da Faculdade de Serviço Social/UFJF em parceria com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Possui o objetivo de apresentar reflexões sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social/residente, na área da saúde, especialmente no que se refere às suas competências e atribuições profissionais. Para isso, aponta, inicialmente um debate sobre requisições, competências e atribuições, no Serviço Social. Posteriormente traz alguns apontamentos sobre o trabalho do assistente social no campo da saúde. E apresenta a análise dos dados coletados em torno do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais/residentes. Nas considerações finais faz uma síntese reflexiva dos pontos centrais destacados na pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; assistente social; trabalho; saúde; residência multiprofissional.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (2003). Residência Multidisciplinar em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2007). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (2009). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2014). Professora Adjunta na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora desde julho/2014. Pós-doutorado realizado entre dezembro de 2016 e novembro de 2017, no Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ, sob supervisão da Professora Yolanda Guerra. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS), desde 2015.

** Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Graduada em Serviço Social e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

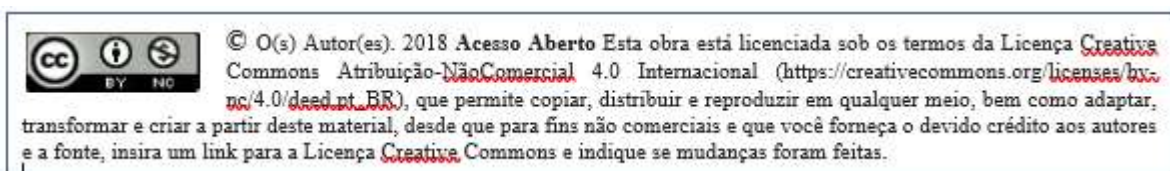
*** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pós-graduada em Instrumentalidade do Serviço Social com ênfase na Saúde, Educação, Assistência e Poder Judiciário pela Unidade de Ensino e Aprendizado de Viçosa (UNESAV). Especialista em Saúde Mental na Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Mental pelo HU/UFJF. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGSS/UFJF), Bolsista UFJF. Pesquisadora do GEDIS/CNPq/UFJF.

Multiprofessional residency in health and Social Work - reflections on the skills and duties of social workers / residents

ABSTRACT: This article is part of the research entitled “Multiprofessional Residency in Health and Social Work: theoretical and political-pedagogical mapping”, carried out between 2017 and 2018, by the Study and Research Group on the Fundamentals of Social Work (GEPEFSS), from the Faculty of Service Social / UFJF in partnership with the Brazilian Association for Teaching and Research in Social Work (ABEPSS). It aims to present reflections on the work carried out by the social worker / resident, in the health area, especially with regard to their professional competences and attributions. For this, it points, initially, a debate about requisitions, competences and attributions, in Social Work. Subsequently brings some notes on the work of the social worker in the health field. And it presents the analysis of the data collected around the work developed by social workers / residents. In the final remarks, he makes a reflexive synthesis of the central points highlighted in the research.

KEYWORDS: Social Work; social worker; job; health; multiprofessional residence.

Submetido em 19/06/2019
Aprovado em 12/04/2020



Introdução

O objetivo central do presente artigo consiste em apresentar parte da pesquisa intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”, realizada no período de 2017 a 2018, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS), da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Dentre as várias frentes em que essa pesquisa se desdobrou, a que nos coube sintetizar e apresentar, nesse momento, refere-se a um mapeamento teórico sobre as competências e atribuições desenvolvidas pelos assistentes sociais/residentes, na área da saúde.

Para a exposição de nossas reflexões, o artigo se constitui em três sessões: a apresentação de algumas reflexões sobre as competências e atribuições profissionais dos

assistentes sociais; um breve resgate da constituição sócio histórica de nossa profissão e da inserção dos assistentes sociais no campo da saúde, enquanto um importante espaço sócio ocupacional; reflexões e análises sobre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a partir dos dados coletados em nossa pesquisa.

Por último, apresentamos algumas considerações que fazem uma breve síntese das reflexões realizadas ao longo do artigo, com o intuito de provocar e estimular futuros debates.

Algumas reflexões sobre as atribuições e as competências profissionais dos assistentes sociais.

A perspectiva histórico crítica, hegemônica entre os profissionais do Serviço Social, compreende o surgimento dessa profissão organicamente articulado ao processo sócio histórico de desenvolvimento do capitalismo, em sua fase monopolista (na passagem do século XIX para o século XX). Nessa ótica de análise, compreende-se que o Serviço Social emerge, na sociedade capitalista em seu estágio monopolista, contexto em que a *questão social*, pelo seu caráter de classe, demanda do Estado mecanismos de intervenção econômicos, políticos e sociais. Desse modo, a institucionalização da profissão relaciona-se à progressiva intervenção do Estado no processo de regulação social, sendo o assistente social demandado para a execução de um amplo leque de atribuições profissionais, notadamente no âmbito das diferentes políticas sociais setoriais implementadas pelo Estado (NETTO, 2005a).

Ao longo do processo sócio histórico de desenvolvimento do Serviço Social, em meio à realidade brasileira, a partir da década de 1930, o campo das atribuições profissionais constituiu-se do modo bastante amplo. A fragmentação das políticas sociais e a expansão setorializada de ações voltadas para os mais diversos campos da atuação profissional (como saúde, previdência, assistência, habitação, etc.), oferecem ao assistente social um mercado de trabalho multifacetado, que lhe apresenta uma variada gama de requisições.

Assim como Guerra *et al* (2016, p. 04), compreendemos que “as atribuições, demandas e requisições da profissão indicam a sua natureza, seu lugar na divisão social e técnica do trabalho, sua funcionalidade ao Estado e suas estratégias de responder à crise do capital”.

As requisições que se apresentam aos assistentes sociais podem estar direcionadas à prestação de um serviço, à execução de projetos e/ou programas sócio assistenciais, ou a própria realização do trabalho profissional. Segundo Guerra *et al* (2016, p. 04), “na linguagem jurídica,

requisitar é requerer com autoridade ou exigir. Nesse sentido, a requisição é a exigência legal, emanada de autoridade competente para que se cumpra, se preste ou se faça o que está sendo ordenado”.

Nessa direção, percebemos que a requisição é, geralmente, institucionalizada, pois ela emana da instituição que contrata o assistente social. Entretanto, essa requisição pode ser acolhida ou não, pelo profissional, a depender da sua natureza. Assim, o profissional do Serviço Social possui autonomia (embora essa sempre seja relativa), para identificar se as requisições apresentadas pela instituição são compatíveis ou não com o seu exercício profissional, ou seja, com aquilo que compõe o conjunto de competências e atribuições dos assistentes sociais.

De acordo com a Lei de Regulamentação da profissão, que se constitui no estatuto jurídico que dispõe sobre as atribuições privativas e competências dos assistentes sociais, a competência refere-se a “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (CFESS, 2012, p. 37).

Destacamos que o rol de competências dos assistentes sociais, que hoje encontra-se exposto na Lei de Regulamentação da profissão, foi construído por meio do processo histórico que constituiu o próprio significado do Serviço Social, enquanto profissão. Portanto, são competências legalmente designadas e socialmente reconhecidas.

As competências profissionais dos assistentes sociais são, portanto, a expertise que esse determinado profissional possui (ou deve possuir) para o exercício de sua profissão. Esses elementos devem, assim, ser abordados e trabalhados no âmbito da formação acadêmica para que os assistentes sociais sejam capazes de planejar, implementar, executar e avaliar projetos, programas e políticas sociais.

Dessa forma, percebemos que as competências estão articuladas às habilidades que os assistentes sociais, necessariamente, precisam desenvolver para uma atuação profissional qualificada. No entanto, elas não são específicas dos profissionais do Serviço Social. Aquilo que é privativo dos assistentes sociais chamamos de atribuições, de acordo com a nossa Lei de Regulamentação.

Percebemos que é no momento da delimitação do que consiste ou não atribuição privativa do assistente social, que encontramos os maiores conflitos. Por vezes, algumas requisições apresentadas pela instituição ao profissional do Serviço Social não constituem suas atribuições e, em alguns casos, nem mesmo suas competências. Nesse sentido, comumente

constata-se, nos espaços sócio ocupacionais dos assistentes sociais, a ocorrência de requisições equivocadas sendo apresentadas aos profissionais como suas atribuições.

Por isso, esse debate se faz tão relevante. Faz-se necessário que os assistentes sociais tenham clareza das suas competências e atribuições para assumir, de maneira qualificada, aquilo que lhes compete e recusar, de forma fundamentada, aquilo que não é de sua alçada.

No contexto atual de grave crise do capital, enfrentamos uma realidade de alargamento do desemprego e do subemprego, em face de um modelo produtivo que exige cada vez mais flexibilização, polivalência, desespecialização e desprofissionalização do trabalho. As tendências postas, hoje, no mercado de trabalho, apontam para a eliminação dos conteúdos concretos e específicos das formações disciplinares, buscando a diluição das particularidades profissionais em um conjunto de atividades comuns, requisições as quais todos os profissionais devem responder (GUERRA *et al*, 2016).

Essa tendência à diluição das especificidades profissionais se agrava na medida em que os assistentes sociais passam assumir funções de gestão e formulação de políticas sociais, programas, projetos, serviços, recursos e bens no âmbito das organizações públicas e privadas. Muitas vezes, o próprio assistente social, ao ocupar cargos de planejamento e gestão, deixa de se perceber enquanto profissional do Serviço Social, esquecendo-se de que essas ações estão postas na Lei de Regulamentação como suas competências.

Segundo Guerra (2012) o espaço reservado ao Serviço Social enquanto um ramo de especialização do trabalho coletivo é o de dar respostas, buscar soluções à pluralidade de questões que lhes são colocadas, para o que necessita de fundamentos teórico-metodológicos, conhecimentos e saberes interventivos, habilidades técnico profissionais, e de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica. Contudo, o padrão de política social vigente fragmenta, segmenta e setoriza as necessidades e categorias sociais, apontando para uma intervenção profissional imediata, pontual e focalizada. Ou ainda, nos termos da autora, "eminente instrumental, exigindo pouca qualificação para responder às demandas imediatas, condicionando o exercício profissional às características e dinâmica do cotidiano e se limitando a ele" (GUERRA, 2012, p. 53)

Muitos são os desafios enfrentados pelos assistentes sociais que orientam sua atuação profissional no sentido de superar a imediatividade do cotidiano dado o modelo de política social focalizada e de desmonte de direitos sociais de cunho universal, donde se destaca a política de saúde. Aqui, os assistentes sociais vivenciam o desafio de formular estratégias - tanto

no âmbito da formação, quanto no âmbito do exercício profissional - que efetivem, articuladamente com outros profissionais, o direito à saúde.

O trabalho profissional do assistente social na área da saúde – alguns apontamentos.

Na década de 1940 os serviços de saúde encontravam-se em momento de estruturação, no Brasil. Naquele período, tanto o Serviço Social, quanto as demais profissões que se constituíam nesse campo pautavam-se em pressupostos conservadores, especialmente na perspectiva teórico-metodológica positivista. A inserção do Serviço Social nos dispositivos de saúde justificava-se pela compreensão do assistente social como aquele que poderia auxiliar o trabalho médico. Segundo Matos (2013), a denominação “paramédico” definia os outros profissionais não médicos que trabalhavam na área da saúde.

Conforme afirma Matos (2013, p. 57):

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo na instituição com a família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta, bem como para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe. A intervenção do assistente social era baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de Casos, que devido à sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação.

A década de 1950 foi marcada pela ideologia desenvolvimentista que se realizava por meio de ações implementadas por uma política desenvolvimentista que utilizava como estratégia central o desenvolvimento de comunidade (DC). As ações do DC foram implementadas em nosso país com o auxílio de várias categorias profissionais, civis e militares, que receberam treinamento específico em países capitalistas centrais – especialmente nos EUA.

A incorporação do assistente social às equipes do DC fez com que ocorresse uma alteração no eixo da intervenção profissional: “passou-se de uma prática restrita, focada em atendimentos individuais e grupais centrados na tríade ordem, moral e higiene, para o desenvolvimento de práticas que visavam a promoção da harmonia social na relação Estado/sociedade” (PAULA, 2014, p. 234).

No campo da saúde, também, os assistentes sociais começaram a trabalhar na perspectiva da política desenvolvimentista, adotando o planejamento tecnocrático e o trabalho com a comunidade (Serviço Social de Comunidade).

Na década de 1960 o Brasil passou a viver uma ditadura civil/militar/empresarial que foi instaurada por meio de um golpe em 1964. Este processo suscitou amplas reflexões em meio à categoria profissional, no nosso país, que se desenvolveram em três direções que constituíram o processo de Renovação do Serviço Social no Brasil: a *perspectiva modernizadora*; a *reatualização do conservadorismo*; e a *intenção de ruptura* com o Serviço Social tradicional (NETTO, 2005b).

Esses processos ideopolíticos que se constituíram na trajetória sócio histórica de nossa profissão ocorreram em paralelo a significativas lutas, mobilizações e reivindicações no campo da saúde. A década de 1970, no Brasil, foi palco do Movimento de Reforma Sanitária, que se constituiu enquanto base para o reconhecimento da saúde em seu conceito ampliado, na Constituição Federal de 1988, assegurando essa política como um dever do Estado e direito de todos os cidadãos.

Parte de nossa categoria profissional atuou diretamente junto ao Movimento de Reforma Sanitária, no Brasil, defendendo princípios democráticos, expansão de direitos e gratuidade no acesso à saúde. Isso fez com que o novo projeto profissional que se gestava no Serviço Social, com maior maturidade intelectual, passasse a defender, especialmente, a partir dos anos de 1980, uma Política de Saúde pautada na universalização do direito.

Entretanto, na década de 1990, em meio a um contexto de ofensiva neoliberal, o Projeto de Reforma Sanitária passou a perder cada vez mais espaço para um projeto privatista de saúde, que privilegia os interesses do grande capital, transformando o acesso à saúde em mercadoria. Essa nova configuração da política de saúde rebate e impacta diretamente o trabalho dos assistentes sociais em vários aspectos: nas condições de trabalho, no âmbito da formação, através das influências teóricas, por meio do maior número e da variedade de demandas, etc. Nessa conjuntura, de intenso desmonte das políticas sociais, o trabalho dos assistentes sociais torna-se cada vez mais precarizado e os profissionais são chamados somente para amenizar a situação de pobreza em que a classe trabalhadora se encontra.

Buscando oferecer subsídios de atuação para os assistentes sociais que encontram-se inseridos nos diversos equipamentos de saúde, pautando-se nos valores que vem sendo historicamente defendidos nos marcos do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social¹,

¹ Os assistentes sociais vinculados à intenção de ruptura com o conservadorismo na profissão, constituíram um projeto ético-político – PEP – para o Serviço Social, nos marcos da tradição marxista, baseado no enfrentamento da ordem do capital, tendo como horizonte a transformação dessa sociedade e a construção do socialismo. Esse projeto gestado em meio à categoria profissional desde a década de 1970, consolida-se no Serviço Social brasileiro

o Conselho Federal de Serviço Social lançou, em 2010, o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.

O documento propõe quatro eixos para a atuação profissional dos assistentes sociais na saúde, a saber: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 39). Compreendemos que esses eixos – e todos os elementos que cada um deles abarca – auxiliam o assistente social na definição do que seja ou não sua atribuição e/ou competência frente as mais variadas demandas e requisições que cotidianamente se apresentam para esse profissional.

De acordo com o documento, cabe ao profissional do Serviço Social formular estratégias que visem a fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre essas estratégias, destacam-se: articulação junto ao movimento dos trabalhadores e usuários em defesa do SUS; identificação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; defesa do acesso dos usuários aos serviços de saúde; busca por uma atuação em equipe, de forma interdisciplinar; investimento na intersetorialidade; construção de espaços que garantam a participação popular; elaboração e execução de projetos de educação permanente; assessoria aos movimentos sociais e conselhos de saúde (CFESS, 2010).

No que tange ao atendimento prestado diretamente aos usuários, este acontece nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, perpassando os níveis da atenção básica até os serviços de média e alta complexidade. Dessa forma, os espaços sócio ocupacionais dos assistentes sociais se materializam nas estruturas da rede de serviços de saúde. E, dentre as ações que predominam no atendimento direto aos usuários, estão: ações socioassistenciais; ações de articulação interdisciplinar (articulação com a equipe de saúde); ações socioeducativas (campanhas, atividades em grupo, salas de espera, etc.).

As ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais, visa a ampliação dos espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e as lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, para que

nos anos de 1990, dando o tom à formação e ao exercício profissional por meio da Lei de Regulamentação da profissão e do Código de Ética profissional, em 1993 e através das Diretrizes Curriculares elaboradas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, em 1996.

tenham autonomia e conhecimento para inscrever suas reivindicações nos espaços públicos da saúde (CFESS, 2010).

O eixo de investigação, planejamento e gestão envolve várias ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e com os diversos dispositivos da rede, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010).

As atividades de qualificação e formação profissional tem como objetivo o aprimoramento profissional, com o foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Pode-se elucidar como exemplos a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes (CFESS, 2010).

Em suma, esses eixos norteadores são orientados pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social, tendo como norte um projeto profissional crítico. Podem qualificar a atuação profissional dos assistentes sociais e proporcionar intervenções com ênfase na investigação da realidade, com vistas a apontar direcionamentos e buscar respostas às demandas apresentadas pela classe trabalhadora. Contribuem para a construção das ações profissionais, apontando as competências e atribuições dos assistentes sociais no campo da política de saúde.

As competências e atribuições dos assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – questões para o debate.

Dentro da pesquisa intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”, o objetivo desse artigo foi sintetizar as reflexões construídas a partir das tendências encontradas, em materiais publicados, sobre as competências e atribuições dos assistentes sociais inseridos nos programas de residência.

Essa pesquisa, de caráter qualitativo, realizou-se, metodologicamente, por meio de um levantamento bibliográfico, utilizando as palavras-chave “residência” e “serviço social” em Anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais/CBAS (2010, 2013 e 2016) e Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social/ENPESS (2010, 2012, 2014, 2016), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e em revistas da área de saúde e Serviço Social, no período de 2010 a 2018.

Foram encontrados 17 artigos científicos publicados em periódicos da área; 12

trabalhos publicados em anais dos CBAS; 34 trabalhos publicados em anais dos ENPESS; 06 dissertações de mestrado; nenhuma tese de doutorado. Totalizando 69 materiais para análise.

Todos os artigos/trabalhos/dissertações (aqui chamados de material para análise), foram lidos pelas pesquisadoras e analisados através de uma planilha que tomou como base os eixos para a atuação profissional, apresentados no documento elaborado pelo CFESS que aponta os parâmetros de atuação para os assistentes sociais na saúde. É por meio desses eixos que os dados serão agora apresentados e analisados:

- **Ações socioassistenciais:**

Observando os artigos científicos publicados em periódicos da área, encontramos em 5 deles a descrição de ações socioassistenciais realizadas em atendimento direto aos usuários. Nos trabalhos publicados em anais dos CBAS, não encontramos a descrição de ações socioassistenciais. Já em relação aos trabalhos publicados em anais dos ENPESS, 10 deles apresentam essa descrição. Entre as dissertações analisadas, 4 delas apontam ações socioassistenciais realizadas pelos assistentes sociais. Totalizando 19 menções em 69 materiais analisados.

As principais ações desenvolvidas são: atendimento direto aos usuários, às famílias, aos cuidadores, acompanhantes ou responsáveis; plantão social; estudo de prontuário; entrevista social; estudo/avaliação socioeconômica; elaboração/emissão de relatório, laudo e/ou parecer social; orientações e informações individuais e/ou coletivas; encaminhamentos de usuários e/ou famílias; mapeamento da rede socioassistencial; conhecimento da rede intrainstitucional; acionamento/articulação/reunião da/com a rede socioassistencial; interlocução entre usuário e família, bem como entre esses e a equipe multiprofissional; escuta qualificada/oitiva atenta; acolhimento/recepção dos usuários e/ou famílias; utilização de livro de registro; visita domiciliar; visita hospitalar; utilização de diário reflexivo; supervisão clínico-institucional; elaboração de diagnóstico situacional; estabelecimento/construção de vínculo com os usuários e reuniões em grupo/rodas de conversa; reuniões com famílias; sala de espera; realização de palestras; abordagem social no leito hospitalar; comunicar alta médica ou transferência aos familiares e ou responsáveis; agendamento de exame; aquisição de medicamento; verificação das condições de hospedagem do “paciente”; providenciar transporte para o “paciente”; contato com Secretarias de Saúde de outros municípios (informando sobre a situação dos “pacientes” em caso de transplante); preparação do processo de internação, acolhendo o usuário e o orientando sobre a dinâmica do hospital, suas normas, rotinas e serviços que são

disponibilizados; identificação e notificação de situações de violência e violação dos direitos às autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis; emissão de declarações de comparecimento para pacientes/familiares e/ou responsáveis que tiveram atendimento com o Serviço Social; acolhimento a familiares em caso de óbito (orientações quanto aos direitos dos dependentes, articulação junto as Secretarias de Assistência Social para assistência funerária em casos de pacientes sem condições socioeconômicas para o sepultamento).

Observando com um pouco mais de atenção o material analisado, destacamos a utilização do termo “paciente” em alguns deles. O vocábulo “paciente” possui diversos significados. Entre eles, encontramos: pessoa que tem paciência; pessoa que espera tranquilamente; pessoa que se encontra sob cuidados médicos; doente. Percebemos, claramente, que nenhum desses significados se faz compatível com as competências e com a formação do profissional do Serviço Social.

O Serviço Social constitui-se enquanto profissão, mas também vem se consolidando, nas últimas décadas, como uma área de produção de conhecimento. Nesse sentido, vem construindo historicamente um vocabulário específico que lhe oferece identidade própria e demarca teoricamente a sua perspectiva de atuação. Utilizar os termos cunhados por nossa categoria profissional significa demarcar o nosso campo de atuação e o nosso posicionamento ético-político. Assim, compreendemos que os assistentes sociais não possuem “pacientes”, pois não “diagnostica”, não “trata”, não “medica” ninguém. O trabalho que realizamos refere-se a um atendimento oferecido aos “usuários” dos serviços de saúde. Por isso, a opção pelo termo “usuário” indica o nosso papel nos equipamentos de saúde e nos identifica enquanto categoria profissional. Sucumbir aos jargões médicos – ou de outras categorias profissionais – nos coloca em posição de subalternidade e falta de identidade profissional.

Ainda refletindo sobre o desenvolvimento de ações socioassistenciais realizadas por meio do atendimento direto aos usuários, podemos destacar a presença de algumas requisições equivocadas incorporadas acriticamente como atribuições ou competências profissionais dos assistentes sociais. Podemos, aqui, destacar: supervisão clínico-institucional; elaboração de diagnóstico situacional; comunicar alta médica ou transferência aos familiares e ou responsáveis; verificação das condições de hospedagem do “paciente”; providenciar transporte para o “paciente”; contato com Secretarias de Saúde de outros municípios (informando sobre a situação dos “pacientes” em caso de transplante); entre outras. Essas ações não são reconhecidas

como competência ou atribuição profissional do assistente social, segundo a nossa Lei de Regulamentação.

Por fim, gostaríamos de destacar que entre os 69 materiais analisados, apenas 19 (27,5%) apresentaram algum debate em torno das ações socioassistenciais realizadas pelos assistentes sociais em atendimento direto aos usuários. O que nos indica como a discussão da dimensão técnico-operativa ainda é frágil e incipiente entre os próprios assistentes sociais.

- **Ações socioeducativas:**

Quando analisamos a realização de ações socioeducativas, a situação é ainda mais preocupante, pois entre os artigos científicos publicados em periódicos da área, encontramos em 8 deles alguma ação desenvolvida pelos assistentes sociais com esse caráter pedagógico. Observando os trabalhos publicados em anais dos CBAS, encontramos apenas 1 que descreve ações socioeducativas. Com relação aos trabalhos publicados em anais dos ENPESS, 5 deles mencionam essas ações. Realizando a leitura das dissertações, apenas 3 delas trazem esse eixo de atuação.

As principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais com esse caráter pedagógico são: educação em saúde; educação popular; trabalho com grupos; capacitação de conselheiros; supervisão de estágio; ações de humanização; capacitação permanente; orientação dos usuários acerca de direitos e cidadania; elaboração e divulgação de materiais socioeducativos; salas de espera; realização de seminários multiprofissionais.

No total de 69 materiais analisados, apenas 17 (24,6%) deles fazem menção a realização de algum trabalho socioeducativo realizado pelo assistente social. No entanto, a educação em saúde deve constituir-se como eixo central na atuação do assistente social inserido nos equipamentos de saúde, pois abrange aspectos fundamentais como: informações e debates; análise de determinantes sociais a partir do que é apresentado pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe; análise dos mecanismos de participação popular e da própria política de saúde.

Segundo Eiras e Paula (2018, p. 140),

Todas as atividades realizadas pelos profissionais da saúde são perpassadas por uma dimensão pedagógica, através da qual se transmitem, não apenas informações, mas valores, formas de agir, de pensar, de compreender a vida. Assim, a educação em saúde poderia ser apropriada conscientemente pelos profissionais, em todas as ações desenvolvidas em seu trabalho, tornando explícita essa dimensão pedagógica.

Entretanto, tomando por base os materiais analisados nessa pesquisa, verificamos uma ênfase em atividades de educação em saúde realizadas grupalmente com os sujeitos e usuários dos serviços de saúde.

Compreendemos que o trabalho com grupos, realizado pelo Serviço Social, deve ser orientado por uma perspectiva crítica, estando sintonizado com o projeto ético-político dos assistentes sociais. Desse modo, ele pode se tornar uma estratégia político-pedagógica importante na defesa do projeto de saúde afinado com a Reforma Sanitária.

Para isso, faz-se necessário clareza na abordagem teórico-metodológica e qualificação técnico-operativa que possibilite a percepção dos grupos “enquanto processos e interferências, bem como a identificação das demandas e das possibilidades postas no cotidiano dos equipamentos de saúde. Exige, portanto, a construção de habilidades analíticas e operativas específicas” (EIRAS; PAULA, 2018, p. 158).

Compreendemos, dessa forma, que o assistente social, pelos conteúdos teórico-práticos e pelo conjunto de saberes que acumula em seu processo de formação², é o profissional que pode, de maneira privilegiada, dar esse tom democrático aos trabalhos socioeducativos realizados no campo da saúde.

- **Ações de articulação com a equipe:**

No que se refere às ações de articulação com a equipe, entre os artigos científicos publicados em periódicos da área, 10 apresentam a descrição de algumas delas. Analisando os trabalhos publicados em anais dos CBAS, encontramos em 6 deles a descrição de ações em equipe. Observando os trabalhos publicados em anais dos ENPESS, 5 deles abordam essas ações. Com a leitura das dissertações, 4 delas apresentam a descrição de ações de articulação com a equipe de saúde.

As principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais junto às equipes multiprofissionais são: atendimento aos usuários; reuniões com as famílias, cuidadores ou responsáveis; reuniões com grupos; realização de orientações e encaminhamentos; visita domiciliar; realização de estudo de caso e avaliação social; fazer a interlocução entre usuário e família, bem como entre esses e a equipe multiprofissional; realização de estudo de caso; construção de projeto terapêutico/plano de cuidados; encaminhamento para a rede

² Estamos considerando aqui os processos de formação acadêmica na modalidade presencial, especialmente aqueles que se pautam nas Diretrizes Curriculares elaboradas pela ABEPSS, em 1996.

socioassistencial; reunião de equipe; planejamento coletivo; escuta qualificada; educação permanente; atividades socioassistenciais; atividades socioeducativas; ações de humanização do serviço; ações de vigilância epidemiológica; consultas compartilhadas; registros em prontuário compartilhado; articulação junto às Secretarias de Saúde para solicitação de transporte a fim de garantir a continuidade do tratamento ou no momento de alta hospitalar; coordenação de projeto de extensão interdisciplinar.

Desse modo, observando o eixo de articulação com a equipe multiprofissional, encontramos menção de alguma atividade realizada junto a outros profissionais em 25 (36,2%) dos 69 materiais analisados. Percebemos, com isso, que os trabalhos, artigos e dissertações que trazem como objeto de estudo a Residência e o Serviço Social, debruçam-se mais sobre o debate do trabalho em equipe do que sobre as atribuições específicas desenvolvidas pelos assistentes sociais nesses programas.

No entanto, apesar desse tema aparecer com maior incidência dentro das ações socioassistenciais desenvolvidas nos Programas de Residência Multiprofissionais, os relatos apresentam, em sua maioria, problemas, descompassos, distanciamento e falta de articulação entre as equipes.

Apesar do grande aprendizado proporcionado pela Residência ressaltado anteriormente e pelo depoimento de algumas das entrevistadas, ainda percebe-se que o desenvolvimento de experiências multidisciplinares não parece ser uma realidade na maioria das instituições onde estão vinculadas as ex-residentes. Segundo as assistentes sociais isto acontece pela falta de profissionais de outras áreas atuando em conjunto, pela falta de disposição dos próprios profissionais que preferem atuar de maneira uniprofissional e também houve o destaque para o não favorecimento institucional para a realização de tais práticas (TRABALHO 7 - 2010).

Um elemento apontado por Mendes e Vidal (2018) como dificultador da construção de um trabalho interdisciplinar, refere-se à hierarquização das relações profissionais e do próprio saber, dentro da área da saúde. Essa “hierarquização do conhecimento marcou e ainda marca as relações profissionais” (MENDES; VIDAL, 2018, p. 234).

- **Mobilização, participação e controle social:**

No que tange à mobilização, participação e controle social, entre os artigos científicos publicados em periódicos da área, somente 3 trazem a descrição dessas ações. Em relação aos trabalhos publicados em anais dos CBAS, percebemos que nenhum deles descreve ações de mobilização, participação e controle social. Dos trabalhos publicados em anais de ENPESSE,

apenas 2 deles descrevem essas ações. Observando as dissertações, encontramos em 2 delas a descrição de ações de mobilização, participação e controle social.

As principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nessa perspectiva são: ações de mobilização do Conselho Local de Saúde; articulação com a rede socioassistencial; ações socioeducativas na perspectiva da defesa do direito e da cidadania; atividades de formação/capacitação nas reuniões do Conselho Local de Saúde (utilizando metodologia participativa); atividades de planejamento nas reuniões do Conselho Local de Saúde; capacitação para usuários e profissionais da saúde para exercerem a função de conselheiro; fórum de Residências Multiprofissionais em Saúde (no intuito de compor uma Comissão Estadual das Residências Multiprofissionais em Saúde); ações para incentivar os usuários, suas famílias e trabalhadores de saúde para participar de movimentos sociais, fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; participação em fóruns, conferências e conselhos de saúde, contribuindo para a democratização da saúde enquanto direito.

Portanto, no que se refere ao eixo das ações de mobilização, participação e controle social, encontramos, entre os 69 materiais analisados, apenas 07 (10,1%) deles apresentando algum debate a respeito dessa temática.

Conforme um dos artigos aponta: “(...) em relação à inserção da participação nos espaços de controle social na distribuição da carga horária das Residências, percebeu-se que a maioria dos programas não prioriza esse espaço” (ARTIGO 7).

As atividades voltadas para mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais tem por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários dos serviços de saúde enquanto sujeitos políticos para que possam atuar diretamente nas reivindicações da agenda pública de saúde.

Compreendemos esse eixo de ações como prioritário para os profissionais do Serviço Social, que possuem como norteador dessa profissão um projeto ético-político de inspiração marxista que traz consigo princípios visceralmente ligados à luta política. Portanto, existe aqui um alarmante descompasso entre os princípios de nossa profissão e as atividades desenvolvidas por residentes do Serviço Social nos diversos Programas Multiprofissionais. É preocupante verificar tão poucos artigos, trabalhos e dissertações ocupando-se de uma temática tão cara ao Serviço Social. E, mais preocupante ainda, se tomarmos por hipótese que o pouco tratamento desse tema nos materiais publicados e analisados nessa pesquisa, retrata a pífia inserção dos residentes do Serviço Social nas ações de mobilização, participação e controle social.

- **Investigação, planejamento e gestão:**

No eixo relacionado à investigação, planejamento e gestão, ao realizar a leitura dos artigos científicos publicados em periódicos da área, encontramos em 9 deles a descrição dessas ações. Analisando os trabalhos publicados em anais dos CBAS, apenas 2 descrevem essas ações. Nos trabalhos publicados em anais dos ENPESS, encontramos em 6 deles a descrição dessas ações. Observando as dissertações, 2 delas apresentam a descrição de ações de investigação, planejamento e gestão.

As principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nessa perspectiva são: pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; pesquisa empírica (observação, observação participante, entrevista); análise institucional; territorialização; construção do perfil sócioeconômico dos usuários para estabelecer estratégias de intervenção coletivamente; levantamento de perfil socioeconômico dos assistentes sociais; mapeamento dos programas de residência multiprofissional com vagas para o Serviço Social; reunião de planejamento; construção de cronograma de atividades; avaliação de ações/projetos; produção de material técnico; humanização (enquanto gestão do cuidado); encontros com tutores e preceptores; reuniões nos cenários de prática; reuniões de integralidade (com residentes, tutores e preceptores) e reuniões da COREMU; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação.

Constatamos, assim, que entre os 69 materiais analisados, 19 (27,5%) abordam alguma reflexão sobre as ações de investigação, planejamento e gestão realizadas por assistentes sociais.

Assim como o eixo que trata o trabalho em equipe, também aqui, houve uma maior incidência de artigos, trabalhos e dissertação destacando dificuldades no envolvimento dos assistentes sociais nessas ações. No entanto, se no eixo referente ao trabalho em equipe essas dificuldades, muitas vezes, encontram-se nas relações estabelecidas com outros profissionais, aqui, as dificuldades, em sua maioria, são dos próprios assistentes sociais em identificarem como sua competência as ações de investigação, planejamento e gestão.

Um dos trabalhos aponta que:

Sobre o questionamento se o preceptor planeja pessoalmente seu ensino, 33% afirmaram que era realizado espontaneamente na prática; outros 25% não planejavam regularmente; 25% afirmaram que sempre repensavam a cada grupo de residentes que se inserem e ainda outros 17% não responderam. Os formadores preceptores possuem dificuldades no planejamento de suas ações e planejamento junto com outros sujeitos formadores tutores e coordenadoras,

mesmo tendo a compreensão da atribuição de um profissional de saúde no HU, estes desenvolvem práticas de ensino voltados para o espontaneísmo e ensino através da demonstração e repetição de suas atividades (TRABALHO 6 - 2016).

Como nos revela o trecho destacado acima, identificamos também nos demais materiais analisados, pouca inserção de assistentes sociais nas ações que envolvem a investigação, o planejamento e a gestão. Mesmo sendo estas ações estratégicas para o fortalecimento da gestão democrática e participativa nos espaços da saúde, capazes de produzir um trabalho em equipe e intersetorial, com o objetivo de viabilizar e potencializar ações em favor dos usuários e trabalhadores da saúde, na garantia dos direitos sociais.

- **Assessoria, qualificação e formação profissional:**

No eixo que envolve ações de assessoria, qualificação e formação profissional, entre os artigos científicos publicados em periódicos da área, 10 deles abordam a descrição dessas ações. Analisando os trabalhos publicados em anais dos CBAS, encontramos 8 que descrevem essas ações. Nos trabalhos publicados em anais dos ENPESS, 6 mencionam alguma ação de assessoria, qualificação e formação profissional. Entre as dissertações, apenas 3 delas trazem a descrição de alguma dessas ações.

As principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nessa perspectiva são: rodas de conversa sobre formação em saúde, sobre gestão do cuidado; reuniões com preceptoria/tutoria; supervisão de estágio; participação em eventos da saúde ou do Serviço Social; construção de ações de gestão participativa; assessoria aos Conselhos de Saúde; a própria residência enquanto espaço de formação profissional.

Verificamos, portanto, no eixo referente às ações de assessoria, qualificação e formação profissional, dentre os 69 materiais analisados, incidência dessa temática em 27 (39,1%) deles.

Destacamos que a grande incidência desse debate nos artigos, trabalhos e dissertações analisados refere-se ao fato de o próprio Programa de Residência Multiprofissional ter sido identificado, em vários deles, como um espaço propício para a qualificação profissional dos assistentes sociais. No entanto, apesar dessa constatação, ainda são muitos os limites enfrentados e as dificuldades encontradas no cotidiano dos programas de residência. Um dos artigos analisados em nossa pesquisa elenca alguns desses limites:

(...) sobrecarga de trabalho; não inserção destes profissionais na área da saúde; não reconhecimento de outros profissionais do papel do Serviço Social na equipe (...); distanciamento da coordenação geral; ausência do trabalho em

equipe; a não remuneração de preceptores e tutores; a fragilização do planejamento; a fragmentação das ações e a necessidade de repensar a carga horária e conteúdos nos módulos teóricos (ARTIGO 8).

Compreendemos que, pelo fato de a residência ser uma modalidade de formação em serviço, esta encontra-se atravessada por todo o processo de precarização que vem sofrendo a política de saúde. Portanto, muitas das dificuldades acima apontadas têm relação estreita com a atual condição dos equipamentos de saúde que sofrem cotidianamente com o desmonte dos serviços oferecidos à população.

Desse modo, corroboramos com Silva (2018) ao destacar que as residências multiprofissionais em saúde são uma conquista e uma inovação quando propiciam uma formação de novo tipo, pautada em uma concepção ampliada da saúde, envolvendo diversos saberes profissionais na construção de práticas qualificadas para o atendimento dos usuários. No entanto, muitas vezes, toda essa potencialidade fica comprometida dentro de um cenário de prática completamente atravessado por processos de precarização que incidem sobre o trabalho e sobre a própria política de saúde.

No que se refere, especificamente, aos assistentes sociais, percebemos esses profissionais como importantes agentes dentro dos Programas de Residência, não apenas por sua capacidade interventiva, na tentativa de qualificar os atendimentos apresentados aos usuários, mas também como importante interlocutor, dentro das equipes de saúde, para a compreensão do momento histórico presente.

Considerações finais

Chegando ao final de nossa pesquisa, de nossas reflexões e análises, constatamos que trazemos conosco mais perguntas do que respostas. Com isso, e no intuito de provocar outros debates futuros, apresentamos, aqui, de forma muito breve uma pequena síntese reflexiva.

Percebemos que o eixo que mais se destaca, no trabalho profissional realizado pelos assistentes sociais, inseridos nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, refere-se ao que comporta ações de assessoria, qualificação e formação profissional (39,1%). Esse eixo vem seguido, muito de perto, pelas ações desenvolvidas em equipe multiprofissional (36,2%).

Nossa hipótese é que essas ações apareçam com mais frequência nos materiais analisados por se tratar de produtos do próprio processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nas residências. Assim, o próprio programa de residência aparece muitas vezes como uma

possibilidade de formação/qualificação profissional para o assistente social recém graduado.

O mesmo se dá com as ações desenvolvidas junto à equipe multiprofissional, uma vez que o trabalho interdisciplinar é estimulado a todo o tempo pela própria lógica dos programas de residência.

Um elemento curioso, presente em nossa análise foi a constatação de que há um equilíbrio entre o atendimento direto ao usuário (27,5%) e as ações de investigação, planejamento e gestão (27,5%). Isso não significa que os assistentes sociais, inseridos em Programas de Residência Multiprofissionais, estejam realizando, em mesma medida, ações socioassistenciais e ações no âmbito da gestão. Mas, revela que, no momento da produção de conhecimento, essas duas frentes de atuação profissional apresentam a mesma incidência. Ou sejam ambas tem sido conteúdo de debates e reflexões entre os atores inseridos nos espaços da residência.

Entretanto, no eixo das ações socioassistenciais de atendimento direto ao usuário, nos chama a atenção a incidência de várias requisições equivocadas sendo assumidas pelos assistentes sociais. Isso indica a pouca clareza que ainda muitos profissionais têm em relação ao que compete ou não ao assistente social.

Esse elemento nos remete, também, a necessidade da realização de debates sobre os diferentes projetos profissionais em disputa, hoje, em nossa profissão. Pois as ações profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais encontram-se ancoradas em determinadas formas de compreensão dessa profissão e, ao mesmo tempo, expressam uma imagem social da mesma. Portanto, através do que o assistente social realiza, em seu cotidiano profissional, essa profissão também se constrói e se legitima.

Daí a importância do debate em torno das competências e atribuições. É fundamental que nós, assistentes sociais aprofundemos cada vez mais a nossa compreensão acerca dessa profissão para que possamos estabelecer, com clareza e certeza, os limites da nossa atuação.

Nesse sentido, a baixa menção de ações socioassistenciais, com foco na realização de trabalho socioeducativo (24,6%) e a pouquíssima produção sobre ações de mobilização, participação e controle social (10,1%) nos provocam preocupação. Acreditamos serem esses eixos, espaços privilegiados para o exercício profissional do assistente social. Espaços que possibilitam o desenvolvimento de competências e atribuições profissionais que são essenciais ao Serviço Social. Espaços onde o assistente social pode desenvolver ações que efetivamente contribuam com a defesa do Sistema Único de Saúde.

Precisamos melhor identificar essas ações socioeducativas, de mobilização e participação popular como momentos estratégicos para nossa atuação profissional. Momentos onde os assistentes sociais podem fazer a diferença, no processo de qualificação dos serviços, por meio das suas atribuições e competências. Especialmente, quando essas ações se encontram alicerçadas por um sólido arcabouço teórico-metodológico e inspiradas por um claro direcionamento ético-político.

Referências bibliográficas

- CFESS. *Atribuições privativas do(a) assistente social em questão*. Brasília, 2012.
- CFESS. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2019.
- EIRAS, A. A. L. T. S.; PAULA, L. G. P. de. *Trabalho com grupos na saúde – contribuições do Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2018.
- GUERRA, Y. A. D.; REPETTI, G. J.; ANDRADE FILHO, A.; SILVA, P. B. S. da; ALCANTARA, E. L. da C. *Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate*. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>>. Acesso em: 22 de março de 2019.
- _____. GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, C.M dos; BACKX, S. GUERRA, Y. *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora, Ed. UFJF, 2012.
- MATOS, M. C. *Serviço Social, Ética e Saúde - Reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- MENDES, A. G.; VIDAL, D. L. da C. *Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde no contexto hospitalar: algumas questões para o debate*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2018.
- NETTO, J. P. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2005a.
- _____. *O Movimento de Reconceituação – 40 anos depois*. In: *Serviço Social e Sociedade*, n. 84, ano XXVI. São Paulo: Cortez, 2005b.
- PAULA, L. G. P. de. *Um debate sobre estratégias e táticas – problematizações no campo do Serviço Social*. Tese de doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Serviço Social, 2014.
- SILVA, L. B.; *Residência Multiprofissional em Saúde: uma questão para o debate*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2018.