

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Líria Maria Bettiol

**Atualizando o debate: formação profissional, trabalho em saúde e
serviço social**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO
2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Líria Maria Bettiol

**Atualizando o debate: formação profissional, trabalho em saúde e
serviço social**

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de DOUTORA em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Regina Maria Giffoni Marsiglia.

SÃO PAULO
2010

*A Fábio Lanza – companheiro;
a João Bettiol e Líria F. Bettiol – pais;
amores eternos!*

AGRADECIMENTOS

Bem vale haver lutado e cantado, bem vale haver vivido se o amor me acompanha.

Pablo Neruda

Aos sujeitos desta pesquisa, pela disponibilidade em conceder as entrevistas e por suas valiosas contribuições.

À Prof^a Dr^a Regina Maria Giffoni Marsiglia, que traduz o significado da expressão “orientadora”, com seu apoio, compreensão e carinho, mas sobretudo disponibilidade e gratuidade em me conduzir, ensinar, instigar e fazer acreditar, nos momentos mais difíceis, que a conclusão deste trabalho seria possível. Muito obrigada!

Ao Programa de Estudos Pós-Graduados de Serviço Social da PUC-SP, pela excelência em formação e pela capacidade acolhedora de seus professores e técnicos administrativos. Agradecimentos especiais à Kátia (atual Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais) e Vânia.

À minha família, pelo apoio, incentivo e fé. Todos, indistintamente, de um jeito ou de outro, contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos de jornada, de quem nem o tempo nem a distância conseguiram me separar: Júlio Paro, Maria das Graças Gouvêa, Elaine Santa, Luís e Isís. E aos novos amigos que a vida gentilmente me permitiu conhecer e amar: Carlos Toscano, Nelson Tomazi e Eliana Louvison, Miguel, Érica, Sofia e Gabriel, Eliza Nantes, Ana Paula Garbiate e Natália Moreira.

Ao Departamento de Serviço Social da UEL, pela compreensão, apoio e amizade. Agradeço imensamente àqueles que, além de colegas de trabalho, tornaram-se *amigos* e partilham comigo a alegria de concluir esse processo.

A todos os alunos com os quais tive a oportunidade de conviver, aprender e ensinar, transformando a experiência da docência em uma constante aprendizagem. Agradeço especialmente a Cristina Cascarano, Josiane Ayelo, Sueli, Marcos e Luciana Tondini.

À Vânia Noeli, pela qualidade do trabalho de normatização desta tese.

À Capes, pelo suporte financeiro no processo de doutoramento.

... pelo prisma ontológico, a atenção em saúde pode ser compreendida como ação humana destinada ao cuidado do/com o outro. Por esse sentido, o trabalho não é uma mercadoria, o trabalhador não é um recurso e a educação não se reduz ao método. O trabalho em saúde é uma mediação na produção da existência humana – degradada ou digna – seja para quem o realiza, seja para quem o recebe. O trabalho voltado para a produção de vidas dignas de serem humanas exige a transformação radical não somente das práticas da atenção, mas das próprias relações sociais de produção. Portanto a formação do trabalhador em saúde, muito além de ser orientada pelo e para o serviço de saúde, estando a eles integrada, deve ser orientada pela e para a emancipação humana, devendo se integrar a totalidade contraditória da realidade social.

(Pereira; Ramos, 2006, p. 109)

RESUMO

O presente estudo advém da interlocução do serviço social com a saúde, guiado pelo processo da formação profissional. É resultado de inquietações oriundas da vivência como assistente social e pesquisadora da área, inserida na realidade da saúde pública brasileira, que apontava a necessidade de refletir sobre a questão da formação de recursos humanos em consonância com as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o objetivo geral do trabalho consiste em situar, analisar e articular o projeto de formação profissional expresso nas *Diretrizes curriculares nacionais* para os cursos de serviço social e o debate nacional sobre a formação dos profissionais em saúde. Para isso, especificamente, refletiu-se sobre as discussões acerca da formação profissional para o trabalho em saúde e a trajetória do serviço social na referida área. A metodologia baseou-se na abordagem qualitativa, que teve como primeiro momento a pesquisa documental, seguida pela de campo, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com roteiro norteador. A amostra utilizada foi a intencional: selecionamos quatro sujeitos assistentes sociais, dentro da denominada “vanguarda acadêmica”, por sua experiência na área ou por serem representantes da profissão em espaços coletivos, próprios e multiprofissionais, de discussão acerca da formação profissional. Verificou-se que as *Diretrizes curriculares* são majoritariamente avaliadas como positivas e entendidas como uma resposta coletiva às demandas da formação de qualidade e à existência de vários elementos que carecem de maior debate e instrumentalização das unidades de ensino superior. Por outro lado, divergem as posições sobre o trato da intervenção profissional dentro das *Diretrizes curriculares* e a forma como tem sido encaminhada a discussão no conjunto da profissão. Evidenciou-se também que a relação do serviço social com a saúde, mediatizada pelas mudanças nessa política a partir da Constituição de 1988 e a instituição do SUS, sobretudo tomado o princípio da integralidade, reforça a participação dos assistentes sociais no conjunto das profissões de saúde. Porém, a participação do serviço social no movimento nacional de mudança nos cursos de graduação da área da saúde, por meio do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (Fnepas), está em construção, demonstrando posições contrárias quanto ao alcance desse espaço e da participação do serviço social nele. Notou-se, portanto, que as *Diretrizes curriculares* comportam lacunas que ainda não foram preenchidas e indicam a urgência de ampliar o debate sobre o projeto de formação profissional, bem como introduzir a questão dos recursos humanos para o trabalho em saúde, sobretudo na perspectiva interdisciplinar, em que a troca de conhecimentos e experiências pode sedimentar um novo tipo de trabalhador em saúde.

Palavras-chave: serviço social; saúde; formação profissional; trabalhador em saúde.

ABSTRACT

The present study results from the interlocution of Social Work and the Health System and it is conducted by the social worker education. This is a result of inquietudes acting as a Social Work and Researcher in the field in touch with the Brazilian Health Care System reality that pointed the reflection necessity about the human resources education in consonance with the Health System (SUS). Based on what was exposed, the work main goal consists in locating, analyzing and articulating the professional project education according to the National Curriculum Guidelines to the Social Work Schools and the national debate about the health professional education. Specifically for this purpose, it was reflected about the discussions involving the social worker education and the Social Work trajectory focusing the Health System field. The adopted methodology was the qualitative approach having as a first moment a documental research. As a second moment, a field research was taken on a semi-structured interview basis. The used sampling was the intentional: four leading academic social workers that discuss the social worker education were selected. They were chosen by their experience in the field or by representing the Social Work in multi-professional spaces. It was observed that the most of the Curriculum Guidelines are positively analyzed and they are also a collective response to quality educational needs and the existence of many elements that demand a discussion and their operationalization in the universities. On the other hand, some positions divert on the way a professional should intervene according to the guidelines and on how the discussion on the profession has been taken. It was also evident that the Social Work and the Health System relationship, mediated by changes in the politics after the 1988 Constitution and the Health System (SUS) establishment, as well the integrality, intensifies the social workers participation in the Health Sector. However, the Social Work participation in the national graduation courses changing movement in the health sector, by means of the National Education Forum of Health Sector Professions (Fnepas), is building up. Opposite positions about the Social Work range and participation in the movement are shown. It is noticed that there are blanks in the Curriculum guidelines not filled yet and they indicate that is necessary to make the debate on the education project wider, as well to introduce the question about the human resources to the health sector, specially on an interdisciplinary perspective where the knowledge and experiences exchange can consolidate a new professional kind on the Health sector.

Key words: social work, health, professional education; health worker.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	10
INTRODUÇÃO.....	12
I – A EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL	16
1.1 Apontamentos sobre o ensino superior brasileiro na década de 1990	22
1.2 A universidade em foco.....	25
1.3 A extensão universitária como uma das formas de responsabilidade/compromisso social da universidade.....	37
1.4 Dilemas e desafios da extensão universitária na atualidade.....	44
1.5 A extensão universitária e sua relação com o mundo profissional: o caso da saúde pública.....	48
II – EXPERIÊNCIAS E DEBATES EM TORNO DA RELAÇÃO ENSINO/SERVIÇO: A CAPACITAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE NO BRASIL DO SÉCULO XX.....	52
2.1 Breve histórico: Flexner e seu relatório.....	52
2.1.1 <i>A Contraproposta: o Relatório Dawson</i>	54
2.2 A trajetória da mudança do modelo de ensino dos cursos de saúde no Brasil.....	57
2.3 A experiência da Integração Docente-Assistencial (IDA)	60
2.4 A proposta UNI – “Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade”	64
2.5 Rede Unida: um novo ator na busca de um novo cenário	69
2.6 As Diretrizes curriculares dos cursos de graduação na saúde.....	72
2.7 A questão dos recursos humanos na saúde e a atenção básica: exigências e desafios ...	76
2.8 A estratégia de saúde da família e a questão dos recursos humanos	80
2.9 Os Polos de Capacitação, formação e especialização do Programa Saúde da Família ..	82
III –DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL	87
3.1 Notas introdutórias sobre as exigências para os Recursos Humanos no contexto do SUS e o serviço social	87
3.2 Serviço social e saúde	89
3.3 O serviço social na década de 1990	96
3.4 As Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em serviço social	98
3.4.1 <i>Os cursos de graduação de serviço social no Brasil a partir de 1990: elementos para análise</i>	101
IV – FORMAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS.....	109
4.1 Na direção da pesquisa de campo: motivações, inquietações e procedimentos metodológicos	109
4.2 – Os discursos dos sujeitos da pesquisa: formação profissional e o trabalho em saúde	119
4.2.1 Serviço social e formação profissional – <i>Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação</i> (implantação, avaliação, dificuldades e desafios).....	124
4.2.2 Formação de recursos humanos para a saúde – formação profissional do assistente social e sua condição de trabalhador em saúde.....	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	176

LISTA DE SIGLAS

Abepps – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
Abess – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
Andes – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
Bird – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial)
Cadrhu – Curso de Atualização e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
Capsis – Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde
Cavisa – Curso de Atualização em Vigilância Sanitária
Cbciss – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cfess – Conselho Federal de Serviço Social
Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp – Conselho Consultivo da Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPC – Centro Popular de Cultura
Cress – Conselhos Regionais de Serviço Social
Crub – Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
Crutac – Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária
EAD – Ensino a Distância
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
Enesso – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
FMI – Fundo Monetário Internacional
Fnepas - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
Gerus – Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde
IDA – Integração Docente-Assistencial
IES – Instituição de Ensino Superior
LDB – Diretrizes e Bases da Educação
Loas – Lei Orgânica da Assistência Social

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEPP – projeto Ético-político Profissional

Proesf – Projeto de Implantação e Consolidação da Saúde da Família

ProUni - Programa Universidade para Todos

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UE – Unidade de Ensino

UnB – Universidade de Brasília

UNE – União Nacional dos Estudantes

Usaid – Agência para o Desenvolvimento Internacional do Departamento de Estado

USP – Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta o esforço de dialogar com saúde, educação – nesta última, especialmente a formação profissional – e o serviço social. Partiu-se da compreensão de que a articulação desses três objetos de estudo oferece uma oportuna e inesgotável reflexão sobre como o produto final dessa conjugação pode (ou não) colaborar para a formação de um novo tipo de trabalhador em saúde.

Tal inquietação advém da experiência pessoal e profissional como assistente social atuante na saúde e como professora na área de serviço social, em que o cotidiano de trabalho apontou a necessidade de refletir sobre a formação profissional da categoria dos assistentes sociais para o trabalho em saúde.

Durante essas vivências, percebeu-se que a complexa trama da gestão das políticas sociais passa por um caminho tão importante quanto qualquer outro, que é a questão dos recursos humanos, entendidos aqui como os trabalhadores envolvidos nessas políticas. É fato que a questão da formação profissional destes profissionais foi relegada durante muito tempo aos “currículos”, os quais são, por vezes, distanciados da realidade dos campos de trabalho, aprisionados no mundo acadêmico, bem como totalmente desconexos em relação aos processos formativos e focados no mérito individual.

No trabalho como assistente social da saúde da família foi visível a desarticulação dos trabalhadores e suas formações específicas em relação à proposta da estratégia. Não obstante o modelo segundo o qual se pretendiam efetivar ações multiprofissionais com relações profissionais menos rígidas no ambiente de trabalho, com foco na promoção e prevenção da saúde, muitas vezes percebeu-se a ausência de preparo profissional para este trabalho. Ainda, todas as inovações contidas no SUS, sobretudo pelo princípio da universalidade, integralidade e participação popular, tornavam a experiência coletiva de trabalho na unidade de saúde altamente educativa, mas que passava despercebida por muitos trabalhadores. Assim, faziam muito sentido as palavras de Ferreira Gullar *“O novo é para nós a liberdade e a submissão”*, pois, para tais trabalhadores, a implantação de um novo serviço significava – ou deveria significar – um espaço de criação, de realização e de aprendizagem, ignorado por alguns e amarrado na velha forma de trabalhar na saúde. À medida que observava o trabalho de outros profissionais, também pensava sobre o serviço social, seu projeto ético-político e, nele, a questão da formação profissional.

O maturamento do projeto de pesquisa ocorreu no processo de doutoramento e culminou na definição do objetivo geral deste trabalho, de situar, analisar e articular o projeto de formação profissional expresso nas *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de serviço social* e o debate nacional dos profissionais de saúde.

Assim, especificamente, procurou-se refletir sobre as discussões acerca da formação profissional para o trabalho em saúde, procurando compreender as particularidades do serviço social na saúde, partindo de suas bases históricas. Ainda, objetivou este estudo fomentar o debate sobre o assistente social como um profissional de saúde e perceber os pontos de convergência e divergência entre a proposta de formação profissional do serviço social e o debate nacional sobre a formação dos recursos humanos para o trabalho em saúde. Para isso, associou-se a revisão bibliográfica pleiteada para esse estudo à realização de pesquisa documental e de campo.

A pesquisa foi qualitativa, tendo em vista a natureza do presente objeto, mas se partiu, em um primeiro momento, de pesquisa documental, tomando como fonte o documento *Diretrizes gerais para o curso de serviço social*, produzido pela Abepss em 1996. Posteriormente, na pesquisa de campo, utilizou-se a técnica de entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro norteador. A seleção dos sujeitos da pesquisa teve como recorte profissionais que possuem vinculação com as discussões propostas, de forma que a amostra intencional privilegiou as organizações e/ou entidades envolvidas nesse debate, por intermédio de representantes do serviço social.

A partir do arcabouço teórico que se construiu nesse trabalho, sobretudo os pontos diretamente vinculados ao serviço social, foram privilegiados como sujeitos da pesquisa os seguintes profissionais:

- ✓ um representante da Abepss – por ser uma das entidades representativas da categoria e ser a responsável direta pela formação profissional;
- ✓ um representante do serviço social no Fnepas – Fórum que congrega as entidades representativas dos cursos de graduação em saúde;
- ✓ um profissional que participou das discussões sobre a proposta das *Diretrizes curriculares* para os cursos de serviço social e tem uma participação significativa no campo da produção acadêmica quanto à temática da saúde;
- ✓ um profissional que participou na Rede Unida, cuja presença na interlocução entre o serviço social e as demais profissões de saúde tem sido importante, no que tange à questão da formação profissional.

Partindo da análise dos discursos desses profissionais, mediante a definição de categorias analíticas, foi possível estabelecer algumas considerações sobre a temática proposta, manifestas na heterogeneidade das representações sobre a formação profissional do serviço social e sua atuação na saúde e que foram ora se distanciando, ora se aliando, num rico e fértil debate sobre a profissão e sua incursão na saúde.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos que cumprem a função de instrumentalizar os debates propostos. Nesse sentido, o exame da literatura contemplou um arcabouço teórico que possui produções sobre o ensino superior brasileiro; retoma o movimento de mudança da graduação das profissões da saúde, que tal área tomou para si a responsabilidade de enfrentar, e, ainda, o acúmulo teórico que o serviço social consolidou nesses anos de reflexões sobre a profissão e suas interfaces com a saúde.

Sendo assim, no Capítulo I o leitor encontrará uma proposta de discussão sobre a educação superior no Brasil. Tomando a própria história da configuração da universidade brasileira, destacou-se como esta instituição ainda hoje preserva características como o patrimonialismo e trava em seu interior uma luta contra o conservadorismo e o autoritarismo presentes na sociedade brasileira.

Diante disso, contém a construção analítica de expoentes intelectuais que se debruçaram sobre a temática da universidade: Cristovam Buarque, Marilena Chauí, Luís Eduardo Wanderley e Boaventura Souza Santos. Assim, traz para o centro das discussões os desafios que a universidade enfrenta no contexto atual, suas potencialidades como espaço ímpar de reflexão da própria sociedade e sua função social, dentre outros elementos abordados. Sobre este último, destacou-se a questão da extensão universitária, considerada o local por excelência da articulação da universidade com a sociedade em que está inserida. Elegeram-se como ponto de partida as divergências sobre o conceito de extensão, suas críticas e a apropriação de algumas áreas desse espaço, para fomentar debates e discussões e, depois, romper com a perspectiva extensionista, detalhando e examinando o caso da saúde pública brasileira.

O Capítulo II é dedicado à reconstrução do caminho percorrido pela saúde na tentativa de mudança do ensino. Para atender a esse objetivo, tomou-se como palco das reflexões a capacitação dos recursos humanos em saúde, mediatizada pela relação ensino-serviço.

Foi no contexto da adoção do modelo flexneriano que a área da saúde construiu seus currículos, com ênfase no atendimento individual, institucional e especializado e vendo sua expansão como “melhor caminho” para a formação, o que deixou marcas até hoje no processo do cuidado em saúde em todo o mundo, inclusive no Brasil. Da mesma forma, nas tentativas

de sua superação é que foram desenhadas diversas propostas de enfrentamento como inversão dos princípios apregoados por este modelo, tendo como enfoque a ação integral, o trabalho em equipes e a pluralidade de espaços de cuidado. No Brasil, são inúmeras as iniciativas que moldaram a questão de uma formação mais adequada e em consonância com a realidade do país, sobretudo posterior ao SUS, tais como a experiência IDA, a proposta UNI e a Rede Unida, as *Diretrizes curriculares* dos cursos de graduação na saúde, os polos de capacitação, o Fnepas e outros.

É no Capítulo III que se encontrarão as discussões sobre o serviço social e a saúde, tendo como mote a questão da atenção básica como uma das grandes possibilidades postas na organização do SUS para uma redefinição da ação profissional. Parte-se, assim, da realidade do sistema e de suas exigências aos trabalhadores em saúde, enfocando a questão da saúde da família como um grande laboratório de projetos e ações governamentais direcionados à adequação do perfil profissional.

Nesse contexto, dialoga-se com o serviço social retomando sua relação com a saúde. É no movimento de exame das particularidades da ação profissional, de suas demandas e desafios que a relação educação-formação e trabalho em saúde é abordada e se inicia, tomando como núcleo o projeto ético-político da categoria e suas prerrogativas no campo da formação.

No Capítulo IV estão apresentadas as reflexões oriundas da pesquisa de campo. Embora, como verificará o leitor, muitos depoimentos dos sujeitos estejam incorporados no corpo do trabalho, dada a riqueza e a densidade que possuem, nesse capítulo é que a perspectiva analítica se condensou.

Assim, o percurso metodológico guiou a definição dos sujeitos, do instrumento de pesquisa e das categorias de análise que permitiram que os discursos profissionais pudessem ser recortados e selecionados de acordo com as necessidades teóricas deste trabalho. É por intermédio da análise do discurso que as falas pessoais foram compreendidas como portadoras de identidade e alteridade.

Por fim, foram registradas algumas reflexões sobre a referida investigação, que indicam uma das muitas análises possíveis no campo da pesquisa social. Dessa forma, espera-se que o presente estudo contribua para a discussão da formação dos trabalhadores em saúde e o serviço social, como parte desse coletivo, que, em um movimento dialético e interdisciplinar, pode muito contribuir e também aprender nesse processo.

I – A EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL

O desenvolvimento da educação superior no Brasil faz parte do próprio processo de formação¹ sócio-histórica do País. Está, portanto, condicionado aos elementos estruturantes da condição de colônia portuguesa, de caráter extremamente exploratório e servil aos interesses da metrópole.

Se vamos à essência de nossa formação, veremos que na realidade nos constituímos para fornecer açúcar, tabaco, alguns outros gêneros, mais tarde, ouro e diamantes, depois algodão e, em seguida, café, para o comércio europeu. Nada mais que isso. É com tal objetivo /.../ que se organizarão a sociedade e a economia brasileiras. Tudo se disporá naquele sentido: a estrutura bem como as atividades do País (PRADO JR., 2000, p. 20).

Dessa forma, o surgimento tardio da universidade no Brasil (CUNHA, 1986, p. 11) reflete o próprio processo de colonização. Não interessava desenvolver políticas educacionais porque não se esperava nada do País além de produtos comercializáveis na Europa. Por outro lado, a própria visão elitista, típica das relações de subordinação, reforçava a ideia de que aqueles que queriam cursar o ensino superior deveriam ir para a Europa, no caso, para a Universidade de Coimbra (CUNHA, 1986, p. 12). Deve-se ressaltar que:

A imensa maioria daqueles que almejavam realizar um curso superior eram filhos de colonos europeus que se estabeleceram aqui. Em geral estes não eram os trabalhadores, mas sim, os exploradores, grandes empresários e podiam se dirigir à Universidade de Coimbra para realizar seus estudos. (AMARAL, 2003, p. 101)

O que existia em termos de educação na época do colonialismo eram as ações voltadas ao ensino da massa empobrecida, função desempenhada pelos jesuítas nos séculos XVI e XVII, até 1759, data da sua expulsão do Brasil. Nesse processo, havia a ideia de expandir a doutrina católica entre os índios e prestar apoio aos colonos, reforçando no campo da educação as destinadas à escolarização básica. Conforme declara Amaral, os jesuítas tinham como projeto instaurar a Universidade do Brasil, a partir da transformação do Colégio da Bahia, que se tornou uma espécie de embrião de uma instituição de ensino superior no País (2003, p. 101). Porém, como já elucidado, os interesses imediatos da metrópole portuguesa

¹ Para Marilena Chauí “quando os historiadores falam em *formação*, referem-se não só às determinações econômicas, sociais e políticas que produzem um acontecimento histórico, mas também pensam em *transformação* e, portanto, na continuidade ou descontinuidade dos acontecimentos, percebidos como processos temporais. Nesse sentido, o registro da *formação* é a história propriamente dita, aí incluídas suas representações, sejam aquelas que conhecem o processo histórico, sejam as que o ocultam (isto é as ideologias)” (CHAUÍ, 2000, p. 9).

coibiram qualquer possibilidade de investimento nesse sentido, ainda mais considerando a ruptura promovida pelo marquês de Pombal entre o Estado português e a Companhia de Jesus – ampla detentora de poder econômico na colônia portuguesa da América, por meio da exploração da própria mão-de-obra indígena.

Em 1808, com a vinda da família real ao Brasil e a instalação da Corte portuguesa, foram finalmente institucionalizados os cursos superiores em terras brasileiras. Conforme Caio Prado Jr. relata, anteriormente a esse período, a colônia vivia “o mais rudimentar sistema de educação e instrução que fosse /.../, o nível cultural da colônia era da mais baixa e crassa ignorância” (PRADO JR., 2000, pp. 138-9).

Ao constatar esse processo são perceptíveis consequências importantes para o desenvolvimento do País. De acordo com Amaral (2003), pelo menos dois elementos podem ser considerados primordiais. Primeiro, enquanto em outros países da América Latina e nas colônias espanholas as primeiras universidades datam de 1538², no Brasil as primeiras instituições de ensino superior surgiram a partir de 1808, com a criação da Faculdade de Medicina da Bahia; seguia-se, em 1854, a Faculdade de Direito de São Paulo e Recife e em 1874 a Escola Militar e Politécnica do Rio de Janeiro, com separação dos cursos para civis e militares (GOMES, 1993). Evidencia-se, dessa forma, um sensível atraso do Brasil no campo do desenvolvimento da ciência e da tecnologia em relação aos outros países latino-americanos, o que desembocaria imediatamente no segundo elemento: a inibição do ensino superior no País trouxe sérias consequências do ponto de vista tecnológico e científico, como na área algodoeira, em que o Brasil não conseguiu acompanhar o aperfeiçoamento tecnológico diante do mercado norte-americano e assistiu ao declínio dos preços de tal produto (PRADO JR., 2000, p. 147)

Com a chegada da família real e o desenvolvimento das primeiras instituições de ensino superior, era aceitável que as últimas tivessem como demanda institucional atender aos interesses militares de defesa da corte. O ensino, nesse contexto, tinha como objetivo “fortalecer a reprodução da classe dirigente e a sociedade política da época” (GOMES, 1993, p. 31). Dessa forma, sedimentava-se uma sociedade verticalizada em que os líderes eram devidamente preparados para perpetuar relações de mando, enquanto a uma massa de indivíduos restava a obediência.

² Amparado em Tobias (1991), o autor relata que a Universidade de São Domingos foi criada em 1538, a Universidade de Lima em 1551, a do México em 1553, a de Santa Fé de Bogotá em 1580, a de Quito em 1586 e a de Sucre em 1587 (AMARAL, 2003, p. 100).

Nesse sentido, uma análise do contexto histórico de Portugal explica o desenvolvimento do ensino superior no Brasil, já que a permanência de D. João VI por aqui (1808-21) é resultado da situação política e econômica de Portugal na época da expansão napoleônica e da tomada do território da metrópole pelos seus exércitos. A Coroa portuguesa se viu pressionada, por um lado, pela Inglaterra, de quem era dependente economicamente desde o Tratado de Methuen (de 1703, conhecido como Tratado dos Panos e Vinhos, que colocava Lisboa sob ameaça por conta da permanência da frota inglesa no Rio Tejo); por outro lado, a adesão da Espanha ao bloqueio napoleônico à Inglaterra punha o País em um dilema cuja solução seria o aporte da Corte portuguesa no Brasil (CUNHA, 1986, p. 70). Para Amaral,

preocupado, portanto, com o futuro de seu império, D. João VI priorizou, no Brasil, a criação de cursos que, além da saúde, da defesa e da criação de infra-estrutura, pudesse representar um pouco do ensino e da pesquisa no sentido tecnológico. Dessa forma, talvez o Rei acreditasse que a competitividade de Portugal estaria mais bem preservada, frente ao poder da Inglaterra e à ameaça napoleônica (AMARAL, 2003, p. 103).

O ensino superior no Brasil se constituiu na forma de instituições isoladas e fechadas em si mesmas, portanto, não se configuraram como universidades. Para o educador Anísio Teixeira (1968), essa estratégia de D. João VI guardou semelhanças com a atitude de Napoleão, que fechou as universidades e criou escolas isoladas, numa franca atitude de manutenção do poder governamental.

Somente em 1822, com a proclamação da Independência do Brasil, é que o ensino superior apregooou seu desvencilhamento da Corte portuguesa. Todavia, esse desvencilhar-se não se efetivou, já que, nos inúmeros debates e planos efetivados no decorrer do processo de criação das universidades, perpetuou-se a estrutura de poder patrimonialista. Onde prevaleceu os interesses dos “donos do poder” e se manter afastada a sociedade de qualquer possibilidade de inserção no debate, promovendo-se, assim, nos dizeres de Chauí (2000, p. 86), a “sagração do governante” tão coadunada com a forma como a sociedade brasileira lida com a representação política. Ou seja, longe de ser uma construção baseada nas necessidades de um determinado país, foi obra dos colonizadores que, embora no contexto da Independência política, ainda eram membros da mesma classe dirigente de outrora, garantindo, assim, a perpetuação da “cultura senhorial”. Por isso, um indicativo importante para pensar a estrutura do ensino superior do Brasil remete-se ao Decreto 7.247, de 9 de abril de 1879. Este, em consonância com o espírito liberal, estabelece que “É completamente livre o ensino primário e secundário no município da Corte e o ensino superior em todo o Império,

salvo a inspeção necessária para garantir as condições de moralidade e higiene” (TOBIAS, 1991, p. 158). Estavam lançadas, dessa forma, as bases para o ensino superior privado³ no País.

De um modo geral, nota-se um descaso com a implantação da universidade no Brasil, que entrou no período da República, em 1889, sem sua efetivação. Anísio Teixeira faz o seguinte comentário:

De sorte que não foi apenas, a meu ver, a consciência conservadora que se opôs à universidade; parece ter havido por parte dos governos brasileiros um particular e constante propósito de resistir a certos desenvolvimentos puramente ornamentais de educação. Tenho refletido longamente sobre isso. Sempre estranhei esse comportamento do governo brasileiro, desde o tempo do Império. Veja bem, um Imperador como Pedro II, um homem razoavelmente culto e até altamente inclinado para as coisas intelectuais, não abriu uma só escola superior no Brasil; resistiu à ideia da universidade até sua última fala no trono, quando afinal reconheceu, por certo que relutantemente, que seria conveniente uma universidade para o Norte e outra para o Sul do Brasil. Nem por isso se criou qualquer universidade. A República continuou a tradição de resistência (TEIXEIRA, 1968, p. 4).

A primeira universidade no Brasil surgiu em 1920, no Rio de Janeiro, como uma junção de quatro instituições de ensino superior já existentes: Faculdade de Medicina, Escola Politécnica e Faculdade de Direito. Depois foi a vez de Minas Gerais, em 1927, cuja universidade nasceu também como um aglomerado de cinco faculdades, reforçando a perspectiva napoleônica na formação das primeiras universidades brasileiras (SGUISSARDI, 2004).

No primeiro governo Vargas (1930-1945) ocorreu certa expansão do ensino superior no Brasil, resultante do processo de industrialização e urbanização do País.

A partir desse contexto foram implantadas várias universidades pelo Brasil, com clara inspiração do modelo francês de universidade, a napoleônica, caracterizada por ser aglomerados de cursos superiores, sem nenhuma vinculação entre si (GOMES, 1993, p. 18).

Nota-se que esse modelo de universidade era compatível com a estrutura de poder organizada no País. Assim, reforçaram-se as diferenças entre os cursos superiores, as quais se mantêm até os dias de hoje, como denunciou Chauí ao elucidar a atualização do mito fundador brasileiro, dessemelhança que “se nota na grande valorização dos diplomas que credenciam atividades não-manuais e no conseqüente desprezo pelo trabalho manual /.../

³ Embora o ensino primário tenha sido desde 1823 gratuito a todos os cidadãos (TOBIAS, 1991, p. 155), nessa época era comum a prática de cobrança de mensalidades e/ou matrículas nas instituições públicas de ensino superior. Um excelente trabalho sobre a política de financiamento do ensino superior público no Brasil pode ser encontrado em Amaral (2003).

repetindo indefinidamente o padrão de comportamento e de ação que operava, desde a Colônia, para a desclassificação dos homens livres pobres” (2000, p. 92).

Algumas tentativas isoladas de superação desse modelo foram adotadas. No Rio de Janeiro, em 1935, criou-se uma universidade de perfil integrado que tinha como objetivo a junção da cultura geral, com especializações literária e científica e pesquisa. A Universidade do Distrito Federal (1935-39), considerada “muito crítica e radical” (GOMES, 1993, p. 39), foi fechada durante a ditadura, na Era Vargas.

Contraditoriamente, foi no contexto do governo varguista que houve alguma sistematização na área da educação. Remete-se a esse período a criação do Ministério da Educação e pode-se perceber que, paulatinamente, foram se introduzindo novas medidas relacionadas à organização acadêmica.

Ainda, outro exemplo da tentativa de instituir um novo modelo de universidade brasileira pode ser apontado a partir da experiência da Universidade de São Paulo (USP), em 1934. Ali, sob o comando de Fernando de Azevedo, buscou-se outro modelo de universidade – germânico/humboldtiano – com a “criação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, como centro integrador da busca e da crítica do saber, assim como da própria universidade” (SGUISSARDI, 2004, p. 36), tendo sofrido com o conservadorismo das escolas profissionalizantes. Ainda, a experiência da UnB, que foi alvo de um dos primeiros atos do governo militar de 1964: o desmantelamento de sua experiência democratizante (LEHER, 2001, p. 169).

Em consonância com o conservadorismo da época, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) data de 1961, elaborada no bojo da proposta desenvolvimentista e das discussões dos movimentos de educação de base. Para Lampert

no que se refere ao ensino superior, a referida lei aumentou o controle e o poder normativo do Conselho Federal de Educação; possibilitou que o ensino superior fosse ministrado tanto nas universidades quanto em escolas isoladas, manteve o sistema de cátedra; garantiu a representação discente nos órgãos colegiados etc. /.../. Sendo outorgada em um período de desenvolvimento econômico, em que a massificação e a privatização do ensino não faziam parte do cenário sociopolítico educacional, certamente constitui-se em um parâmetro de qualidade de ensino, tanto no nível superior quanto no ensino primário, ginásio e secundário (2004, pp. 76-7).

No contexto das discussões sobre a educação e a universidade, muitos foram os embates que buscavam dotá-las de um caráter orgânico, integrado e com vistas à autonomia.

Porém, a utilização da educação como mecanismo de controle⁴, principalmente associada à conjuntura ditatorial que se instalou a partir de 1964, impossibilitaram então maiores avanços. “A política universitária precisava ser mudada, /.../ mas no sentido de ajustá-la ao modelo de desenvolvimento” (FAGUNDES, 1986, p. 63). De acordo com Lampert (2004), a Lei 5.540/68 publicada já no período da ditadura militar (1964-1985), conhecida como Lei da Reforma do Ensino Superior e seus conteúdos permitiram identificar a tônica do discurso ditatorial: embora conjugasse questões importantes como o trinômio ensino, pesquisa e extensão, significou, antes de tudo, uma artimanha política para acalmar o movimento estudantil, bem como atender a algumas reivindicações do movimento dos docentes. Por outro lado, estava em curso um projeto de adequação do modelo de universidade brasileira ao capital norte-americano.

Essa lei, atendendo às orientações da Usaid, visava à eficiência, à modernização, à flexibilização administrativa e à formação de recursos humanos de alto nível para o desenvolvimento do País. A Lei da Reforma do Ensino Superior, um instrumento em favor dos interesses predominantes, pretendeu formar mão-de-obra barata e especializada para atender aos empresários nacionais e internacionais; institucionalizar a dependência da universidade aos interesses das grandes empresas; produzir mão-de-obra para manter a estrutura tecnocrática militar do neocapitalismo do Brasil e produzir legislação repressiva para conter estudantes e população, legitimando o modelo político-econômico implantado pelos militares em 1964 (LAMPERT, 2004, p. 77).

É no contexto da redemocratização do Brasil, caracterizado pela onda de manifestações de cunho contestatório, que as discussões sobre o ensino superior brasileiro ganharam maior fôlego, fazendo emergir as discussões sobre autonomia universitária, expansão da pós-graduação e alterações curriculares. Assim, no artigo 207 da Constituição de 1988 foi definida a essência da universidade brasileira:

As Universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o tema da autonomia universitária, enfrentado com avanços e recuos no decorrer da construção da universidade brasileira, adquiriu um estatuto legal, o que não garantiu sua consolidação sem disputas e conflitos, presentes nos debates nacionais até hoje. No próximo item, será abordada a década de 1990 que foi marcada por novas configurações no ensino superior no Brasil, caracterizado pela intensificação da massificação e privatização

⁴ Para Mészáros, “a educação formal não é a força ideologicamente *primária* que consolida o sistema do capital; tampouco ela é capaz de, *por si só*, fornecer uma alternativa emancipadora radical. Uma das funções principais da educação formal nas sociedades é produzir tanta conformidade ou ‘consenso’ quanto for capaz, a partir de dentro e por meio dos seus próprios limites institucionalizados e legalmente sancionados (MÉSZÁROS, 2005, p. 45).

do ensino superior que ocorreu em toda a América Latina no século XX (TRINDADE, 2001, p. 31). A universidade brasileira pública sofreu duros golpes em sua organização e premissas fundamentais, tais como a autonomia, seu caráter estatal, gratuito e democrático.

1.1 Apontamentos sobre o ensino superior brasileiro na década de 1990

A década de 1990 representou para o Brasil, no campo das políticas sociais, um momento de afirmação das prerrogativas constitucionais de 1988⁵, atreladas a um contexto de reorientação econômico-política e social do País. Este processo, embora iniciado nos governos anteriores, teve sua maior expressão com Fernando Henrique Cardoso e sua proposta de reforma do Estado.

Do ponto de vista econômico, a reforma do Estado aparecia como uma condição para o crescimento e possibilidade de maior eficácia das políticas públicas. Para além das particularidades brasileiras, significaram uma resposta ao contexto mundial do pós-guerra (a partir de 1945) e seu padrão de acumulação e regulação (crise do Welfare State), bem como à queda do muro de Berlim e a adesão às ideias vinculadas pela social-democracia. Tudo isto associado às discussões e propostas globais, no âmbito da mundialização, promoveram a redução da intervenção estatal, em consonância com as orientações internacionais de agências como o Banco Mundial (Bird), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (BEHRING, 2000).

A interferência dos organismos internacionais nas políticas sociais é uma constante na realidade brasileira. De certa forma, a condição de dependência em relação ao capital estrangeiro permitiu a orientação e a recomendação, sempre aceitas, de indicativos e adequações da realidade brasileira às exigências internacionais.

Diante desse quadro acirraram-se as discussões em torno da educação superior no Brasil. A Lei 9.394/96, que estabeleceu as novas Diretrizes e Bases da Educação Nacional, incorporou a ideologia neoliberal, vinculando a educação com as orientações mercadológicas e globalizantes do modelo em curso.

A Lei reduz a intervenção do Estado, impõe a privatização, incentiva a competitividade e o descompromisso do Estado com suas funções básicas.

⁵ São regulamentados o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

Em contrapartida, permite espaços para as instituições de ensino inovarem e se organizarem administrativa e pedagogicamente, dentro de suas possibilidades e limites (LAMPERT, 2004, p. 77).

Ainda sobre a LDB, Leher faz os seguintes apontamentos:

No que se refere ao ensino superior, propugna: a diferenciação das instituições de ensino superior (universidades, centros universitários, faculdades integradas, faculdades, instituições superiores ou escolas superiores); a fragmentação da carreira docente por instituição; e o estabelecimento do peso de 70% para os docentes nos órgãos colegiados. Tais medidas estão sendo complementadas por uma enxurrada de medidas provisórias, decretos e portarias que, em comum, fazem avançar a intervenção governamental nas universidades públicas, exorbitando o poder normativo do governo às esferas que seguramente não são de sua competência (LEHER, 2001, p. 173).

Dessa forma, a LDB representou um primeiro passo para o desmonte da universidade pública brasileira, tendo em vista que abriu importantes vazios para a consolidação do ensino superior privado – e, pior, em detrimento do ensino público, o que é visível quando se examina na referida Lei a ausência de indicações sobre as fontes financeiras que assegurem sua autonomia. Assim, mantém atrelada sua dependência aos governos, bem como legitima personalismos, quer seja na figura de articuladores, que vão desde reitores até legisladores, que tomam a “causa da universidade” como forma de manter ou reforçar seu poder existente.

Sem dúvida, a questão da autonomia universitária tem sido foco de árduos debates, seja pelos setores administrativos ou pela comunidade acadêmica, em fóruns de debate, manifestações e uma produção teórica ampla⁶, mas que ainda reforça a ideia da universidade isolada da sociedade. Em 2007 assistimos ao confronto de posições quanto às novas medidas tomadas no governo José Serra, de São Paulo, no que dizia respeito às universidades paulistas, que resultaram na tomada do edifício da Reitoria da USP por estudantes. A imprensa noticiou amplamente o fato e qualquer observador atento e com alguma vivência social, fora da universidade, pode confirmar o quão desinformada a população se apresentava quanto ao fato. Mais que isso: esse alheamento era reforçado pelas ideias elitistas e conservadoras majoritariamente transmitidas pela mídia, que endossava de modo enfático as ações governamentais, sem ter muita clareza do que realmente viriam a ser e quais os impactos dessas medidas para as universidades.

José Paulo Netto, em entrevista à revista *Universidade e Sociedade*, faz uma discussão interessante sobre as lutas nas universidades que traduzem essa inquietação:

Não podemos ficar nos *campi*, se ficarmos nos *campi*, estaremos derrotados, até porque, com a imprensa oficialista brasileira – que conhecemos bem –

⁶ A revista *Universidade e Sociedade* organizada pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes) é um bom exemplo dessas publicações.

seremos isolados e o governo federal vai ser vítima desses vagabundos, desses marajás, desses privilegiados /.../. Temos de relacionar isso com o quadro econômico-social, mas de forma que fiquem bem claros o sentido e o significado dessa luta, que é de uma corporação, mas não é necessariamente corporativa; que é particular, mas não é necessariamente particularista (BEZERRA; LEITE, 2003, pp. 132-3).

Dessa forma, todas as reivindicações e desafios das universidades se encontram na questão da autonomia universitária, que é uma questão dorsal. Entretanto, passam também por outra, não menos importante, que é a relação da universidade com a sociedade, entendida não só pelos serviços prestados, mas, inclusive e principalmente, pela interlocução da universidade como parte da sociedade.

Cabe aqui um esclarecimento de que ao eleger a universidade como *lócus* de análise, não se desconsiderou o papel dos demais tipos de instituições de ensino superior do país. Mas, parte do entendimento de que na universidade convergem todos os requisitos para propiciar uma formação de qualidade, tais como a autonomia universitária (mesmo que questionada sua aplicação) e a indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e extensão.

Para o representante/Fnepas, um dos sujeitos da pesquisa de campo por nós realizada, a importância da universidade, com destaque para as públicas, é a tendência de manter a qualidade de ensino, mesmo com dificuldades.

Porque é muito diferente lecionar em uma faculdade particular – eu já lecionei em um curso isolado – e lecionar numa universidade pública. E era diferente lecionar em uma universidade pública dez anos atrás. Mas, ainda assim, /.../ mesmo que essa coisa da falta da formação, de conhecimento mais geral, da universidade com falta de recursos, a universidade pública ainda é o espaço melhor para isso (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

A opção profissional, portanto, longe de ser um privilégio é uma assertiva do caráter da universidade e daquilo que ela expressa enquanto instituição social.

Sendo assim, iniciou-se essa reflexão procurando fazer alguns apontamentos sobre a educação superior no Brasil na referida década, com claro enfoque para a questão da LDB e seus rebatimentos na política educacional superior no Brasil. Verificaram-se dois elementos essenciais no desenho das atuais universidades brasileiras: o ataque à (frágil) autonomia universitária *versus* a expansão do ensino superior privado. A ideia de uma crise das universidades tem produzido debates e apontado elementos para uma nova compreensão da universidade, seus desafios e funções contemporâneas. A seguir serão apresentadas algumas contribuições sobre a universidade partindo de importantes autores: Cristovam Buarque, Marilena Chauí, Luís Eduardo Wanderley e Boaventura de Souza Santos.

1.2 A universidade em foco

Muitos autores têm se dedicado a apontar caminhos para o enfrentamento da crise da Universidade, tais como Boaventura Souza Santos, Marilena Chauí, Luís Eduardo Wanderley e Cristovam Buarque.

A própria lógica de suas reflexões traz a compreensão de homem e de mundo que sustenta seu pensamento, bem como a interpretação da sociedade e, de certa forma, um projeto para ela. Portanto, embora partilhem alguns pensamentos, há pontos divergentes entre eles.

Para Cristovam Buarque a universidade passa por uma “profunda crise de identidade, de função, de competência” (2002, p. 32). Contextualizar esse momento é fundamental, ou seja, trazer para o debate dentro da universidade as mudanças do mundo – e mais, a partir delas também ser um centro de transformação. A ideia principal do autor é a de que parte da crise da universidade advém de sua sensação de “inutilidade” (BUARQUE, 2002, p. 33). Esta se traduz em cinco componentes: 1) o fim do prestígio automático; 2) a convivência com setores intelectuais de modos externos à universidade; 3) o desgaste da ideia da necessidade de diploma universitário; 4) a reorganização do mercado para o atendimento, no campo da formação, de seus quadros (funcionais), com a introdução das denominadas “universidades corporativas”; e 5) o papel que a mídia desempenha na transmissão “direta do conhecimento entre o criador intelectual e o público” (BUARQUE, 2002, p. 33).

Diante desses desafios, o autor propõe algumas “pistas” para a universidade que passam pela crítica da estrutura organizacional desta. A sensação de que a instituição é eterna e definitiva, afastada da comunidade acadêmica e do momento real da universidade, afasta também a possibilidade de construção partilhada do novo. O que se traduz também na incompreensão ou mesmo ausência, por parte dos alunos, nas discussões e tentativas de mudanças curriculares ou quaisquer outras propostas de adequação da universidade aos temas, movimentos e urgências contemporâneas. Estes redundam, por sua vez, na necessidade de repensar as formas de estruturação da universidade, como os departamentos – por isso o autor propõe “núcleos temáticos e disciplinares, que sirvam como encruzilhadas de conhecimentos específicos” (BUARQUE, 2002, p. 34); a atualização constante, utilizando-se os meios da tecnologia (permanecendo menos tempo dentro da universidade, mas jamais sair dela); e a ideia do *campus* universitário.

Depois do enclausuramento dos mosteiros, os intelectuais passaram a viver em espaços abertos, onde conviviam. Mas, da mesma forma que o câmpus derrubou os muros dos mosteiros, a Internet está derrubando os muros invisíveis que cercam os câmpus. A universidade no futuro não poderá se limitar a um espaço geográfico (BUARQUE, 2002, p. 34).

A crise na universidade remete a um elemento quase genérico no atual contexto, a ética como preocupação constante e que perpassa seu caráter normativo para ganhar um significado mais amplo como dimensão humana. Cristovam Buarque dedicou atenção especial à relação da universidade com o comportamento ético, a partir da ideia de que, mais importante do que produzir conhecimento, é importante contribuir na construção do futuro, mas “de pensar não apenas do construir o futuro, mas que futuro construir” (BUARQUE, 2002, p. 34).

Para que serve o conhecimento produzido? Como ele é incorporado no cotidiano das sociedades? Ou, mais ainda, que tipo de conhecimento nossa sociedade requer?

A Embrapa gastou cerca de R\$ 1 milhão de verba pública com sua elite de pesquisadores para adaptar a soja transgênica da Monsanto às condições ambientais do País. Com a pesquisa, a Instituição pretende ainda incorporar ao seu produto a tolerância ao herbicida Roundup da Monsanto (F8, *Agrofolha*, 18/06/00) A Monsanto, beneficiária do projeto, cede seu material genético com a condição de que a Embrapa não incorpore à sua soja transgênica a resistência a herbicidas de outras empresas (LEHER, 2001, p. 184).

O relato acima demonstra a realidade que permeia as universidades e as produções que realizam, na medida em que as pressões externas, leia-se “mercado” tendem a direcionar e comprometer os resultados de pesquisas e estudos para privilegiamento de determinados grupos ou setores.

Ainda, importante contribuição o autor traz sobre a temática socioambiental – amplamente debatida na atualidade como uma necessidade não só de natureza ética, mas de sobrevivência – é apontada também por Buarque como uma das principais atribuições da universidade. Esta deve incorporar em seu cotidiano a preocupação ambiental; não se trata “apenas de um tema de militância pela proteção ambiental, mas [de] uma nova forma de ver, entender e criar ideias sobre o mundo. E, sobretudo, na definição do mundo futuro que ela constrói” (BUARQUE, 2002, p. 36).

E, por último e não por isso menor, um dos maiores desafios da universidade é, de um lado, caminhar na direção de uma “rede universitária mundial, compatibilizando seus sistemas, definindo suas funções específicas” (BUARQUE, 2002, p. 37); por outro, fortalecer o elo com a busca e produção de conhecimento para seu País, sua cidade e para a comunidade

na qual está inserida. Trata-se, portanto, de reforçar a interlocução com os dilemas locais e se pôr a serviço da busca de soluções e possíveis enfrentamentos.

Se a sociedade não fosse apartada, ou se fosse apartada explicitamente, sem hipócritas pretensões democráticas, a extensão poderia ficar reduzida aos estágios no setor privado de produção. Mas, se quer uma sociedade integrada é preciso que os alunos saibam que há um mundo externo ao campus /.../. Além disso, na crise atual do mundo acadêmico, a convivência com o pensamento acadêmico é uma condição necessária para o avanço do pensamento dentro da universidade (BUARQUE, 1994, pp. 190-1).

Como síntese, a proposta do autor parte da constatação de que os desafios da universidade do futuro estão intimamente ligados aos desafios postos ao homem no século XXI, ou seja, sua compreensão do passado e seu compromisso com o futuro, tendo como pilares a ética, a ecologia e a sua relação mais particularizada com seu País e o local, mas sempre contextualizada em uma perspectiva global e mundial, típica da conjuntura que este século especialmente vivencia.

Outro autor que se debruçou sobre a temática da universidade, trazendo importantes contribuições sobre o estudo, bem como propostas, foi o professor Luís Eduardo Wanderley. Embora seus escritos contenham a reconstrução histórica e política da universidade brasileira, interessou particularmente sua contribuição referente à análise dos anos 1990.

É interessante confrontar o pensamento do autor nos anos de transição ditadura militar *versus* democracia com algumas ponderações posteriores, envolvidas com as mudanças sociopolíticas não só nos planos nacionais, mas agora globais, essencialmente, e jurídico-institucionais (como a LDB).

Do ponto de vista macroeconômico, na década de 1990 se assistiu a certo “desconforto”, sobretudo para a esquerda ou os setores mais progressistas. Este desconforto, resumidamente, pode ser traduzido na crescente dificuldade de responder: efetivamente, qual será seu papel e seu lugar dentro de uma nova ordem internacional? Nesse momento de muitas perguntas e poucas respostas, o autor passa a refletir sobre “as consequências dessa aceleração da mudança social mundial para a universidade e a formação do profissional” (WANDERLEY, 1994, p. 5).

Novos desafios são colocados à universidade, que ainda não foi capaz de resolver seus dilemas antigos nem no plano da reflexão e nem – muito menos – em sua concretude. Sendo assim, um quadro novo com problemas velhos postos à educação superior no período de transição entre os séculos XX e XXI, os desafios são oriundos das profundas mudanças no mundo do trabalho. As demandas de qualificação estão vinculadas a capacidade de vivência frente as flexíveis situações que relacionam tecnologia e educação (WANDERLEY, 1994).

Utilizando-se das reflexões da filósofa Marilena Chauí, o autor aponta as mudanças em cursos superiores nas formações sociais capitalistas. Para a autora, a conjuntura brasileira, associada aos traços autoritários e hierarquizados, dificultaram processos democráticos em vários espaços sociais, dentre eles a universidade. Foi no âmbito da crise do *Estado de bem-estar social*, guardando as devidas proporções em relação ao quadro brasileiro, que se viram surgir novos conceitos e expressões que expressaram a investida do neoliberalismo no País. Um exemplo que nos conecta à realidade global pode ser analisado a partir da adoção, sem criticidade e reflexão, da famigerada expressão “capital humano”⁷.

Dessa forma, a universidade brasileira vai sentir todos os reflexos da realidade, ao passo que sua frágil perspectiva autônoma e democrática possibilitou que todas essas investidas fossem não só aceitas, mas tomadas como “função” (ou missão?) da universidade: ser mais produtiva, justa (em relação aos seus eleitos) e solidária.

Em sua obra *Escritos sobre a universidade* Chauí (2001) trouxe sérias reflexões sobre como o contexto geral do capitalismo contemporâneo afetou a universidade em várias direções.

Destaca-se o distanciamento entre universidade e sociedade, que a coloca como uma instituição à parte e, portanto, sem nenhuma obrigação em relação à segunda. Pode parecer que, ao permanecer além dos dilemas da sociedade, a universidade tenha condição melhor de refletir e propor alternativas para eles, no entanto, o que se tem percebido é que, ao contrário, as idéias dominantes impregnaram o universo acadêmico pelas mais variadas portas e janelas: em sua estrutura administrativa e política – nas formas de eleição e na distribuição dos órgãos colegiados; na relação com os discentes – pela desconsideração da realidade da classe trabalhadora e sua demanda por educação pública de qualidade e pela transformação, muitas vezes, da “carência” cultural, política e educacional dos alunos em sua responsabilização, o que leva, portanto, à política do mérito; na relação com os docentes – ao tratar a categoria como “privilegiada” diante do quadro do mundo do trabalho, precarizar as relações trabalhistas e forçar a ênfase salarial nas lutas, por vezes distantes dos objetivos estritamente educacionais.

Ainda, na relação com os docentes, a crescente desvalorização em seu ambiente de trabalho e na sociedade e a pressão da lógica produtivista e privatizante os tornaram reféns do esquelético ensino superior e incapazes de se visualizar como responsáveis pela vida

⁷ “A simples idéia de aplicar a palavra “capital” a seres humanos, supondo que eles se transformavam em “capital humano” para as empresas, feria profundamente o humanismo que marcou o pensamento de esquerda no pós-guerra. O ser humano não poderia ser nunca visto como portador de capital em si mesmo; menos ainda ser ele mesmo, simultaneamente, capital (remunerado com salários) e força de trabalho comprada no mercado pelo verdadeiro capital. Entre os marginalistas, porém, o “capital humano” (capital incorporado aos seres humanos, especialmente na forma de saúde e educação) seria o componente explicativo fundamental da *black box* (do desenvolvimento suplementar)” (PAIVA, 2001, p.187).

acadêmica brasileira, esvaziando o conteúdo político de suas práticas, incluindo a docência. Não são raros, hoje, pela observação empírica, os graduandos de cursos de licenciatura que afirmam não querer ser professores e também os professores que não querem lecionar. Enfim, são fragmentos de uma totalidade que expõem a universidade a uma difícil crise e exigem soluções imediatas que têm sido tomadas, majoritariamente, na perspectiva do mercado.

A lógica empresarial aos poucos vai impregnando o ensino superior, visível a partir das avaliações em “critérios quantitativos (número de publicações, participação em eventos etc.); e na utilização de meios gerenciais de produtividade e eficiência /.../. Elas são exemplares da perspectiva que visualiza a universidade com a organização social, e não como instituição social” (WANDERLEY, 2005, p. 158).

Esta é uma das *questões centrais* do pensamento do autor: a universidade é uma *instituição social* e, portanto a sua lógica é própria e difere radicalmente da empresarial, sobretudo a sua finalidade, a relação custo-benefício, que está, por sua vez, atrelada à questão do compromisso social da universidade. Nem tudo que é produzido por esta (pesquisas, projetos) deve ter como parâmetro o lucro. A respeito, pode-se observar a política de investimentos das instituições fomentadoras para as pesquisas nas diferentes áreas, em que há vantagens para aquelas relacionadas à área imediatamente produtiva e tecnológica, das pesquisas em saúde e farmacológica, ciências agrárias e, por último, a educação, as ciências sociais ou humanas.

Deve-se salientar que, no âmbito dos periódicos estrangeiros, surge uma questão que tem sido motivo de polêmica nas avaliações institucionais das IES [instituições de ensino superior]: os indicadores apontam uma baixa produção na área das humanidades – o que coloca um problema específico para as ciências humanas, as ciências sociais aplicadas, linguística, letras e artes; e uma proporção bem maior nas áreas de ciências exatas e da Terra, bem como das ciências biológicas (WANDERLEY, 2005, p. 167).

Dessa forma, fica evidente que, enquanto instituição social, a universidade tem como princípio fundamental se debruçar sobre os problemas de uma sociedade, de uma nação e, no caso brasileiro, marcado por enormes desigualdades, auxiliar e propor, a partir de suas múltiplas ações e interlocuções, formas de enfrentamento e pertencimento para o conjunto da sociedade. No entanto, como demonstra o autor acima, as áreas mais próximas da lógica do capital têm sido privilegiadas. Nesse sentido, Chauí (2000) expõe que assim, ao desvincular educação e saber, no contexto da reforma universitária, a tarefa da universidade “não é produzir e transmitir a cultura (dominante ou não, pouco importa), mas treinar os indivíduos a fim de que sejam produtivos para quem for contratá-los. A universidade adentra e fornece força de trabalho” (p. 52).

É na sua feição “operacional” (CHAUI, 2000, p. 190) que reside um processo endógeno de reflexão sobre a crise da Universidade, como saída nela mesma. Tomam forças as saídas burocráticas e esquematizantes, que passam pela adoção de teorias como as de “capital humano” no suporte ao trabalhador, pelos incrementos tecnológicos como exemplos de modernização e saída para seus dilemas, pela falácia da “extensão universitária”, por vezes com práticas clientelistas, moralizantes e sem nenhum cunho político.

No artigo “Universidades e Sociedades, Consensos e Dissensos”, Wanderley dialoga com o escritor português Boaventura Sousa Santos e, em concordância com este, avalia que a crise da universidade se desdobraria em crise de hegemonias, crise de legitimidade, crise institucional (WANDERLEY, 2005, p. 162). Acrescenta-lhes “a falta sistêmica de integração entre os vários níveis de ensino, as contradições entre as políticas governamentais e as pretendidas pelos setores organizados da comunidade acadêmica, as contradições entre modelos de gestão oferecidos para a superação da falta de recursos /.../, as reformas constantes nas agências de fomento (Capes, CNPq); e os modelos propostos pelas entidades científicas (SBPC e sociedades nacionais por área de conhecimento) e pelas associações de professores, estudantes e funcionários” (WANDERLEY, 2005, p. 162).

Dessa forma, o esforço de refletir sobre a universidade brasileira resulta na exposição de um quadro em que tal instituição se vê acuada e desafiada em múltiplos sentidos. A universidade brasileira já nasceu elitista e, embora tenha havido maiores possibilidades de acesso e manutenção dos setores populares no ensino superior público, esse número ainda é inexpressivo⁸. Mesmo a proliferação das instituições particulares de ensino – que elevou quantitativamente o índice de participação e conclusão no ensino superior – não traduz que efetivamente esses jovens tenham a possibilidade de um ensino de qualidade. Ainda, na perspectiva de instituição social, muito poucas (as exceções) dessas instituições tem se debruçado sobre o almejado “compromisso social”.

A universidade ainda forma “prioritariamente”, portanto, quadros das elites e das classes médias, os quais, por sua vez, têm em sua base de formação um compromisso e uma aderência ao projeto societário capitalista. Assim, à medida que se formam, os novos quadros são direcionados à manutenção do *status quo*.

⁸ Em 2007 o governo federal instituiu, pelo Decreto n. 6.096, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni). Em seu art. 1º aponta como objetivo “criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas Universidades Federais”. O Reuni tem sido alvo de muitas críticas por parte da comunidade acadêmica, dado seu caráter antidemocrático e irresponsável, pois prevê uma expansão sem suporte financeiro, além de facilitar a precarização do trabalho docente e a flexibilização da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

Por outro lado, internamente a universidade se vê atrelada à lógica de reforma do Estado, com políticas de avaliação e desempenho muito próximas das grandes corporações. Ainda mais: as instituições de momento apertam o cerco quanto à quantidade de artigos, participação em congresso, frequência a cursos de mestrado e doutorado, dentre uma série de cobranças próprias da universidade frente às novas exigências do século XXI. Outra importante questão presente na realidade das instituições brasileiras remete à própria lógica das suas tradicionais funções: ensino, pesquisa e extensão, com certo privilégio da pesquisa, inclusive, quando se fala em produtividade, por meio de pontuações e avaliações de desempenho docente, desprivilegiando as atividades de ensino e extensão, dentre outros motivos, porque são consideradas menos relevantes.

Não seria exagero afirmar que há certo descaso com a atividade de ensino e até de descrédito, como se a sala de aula fosse um espaço ultrapassado e a construção do conhecimento se desse privilegiadamente nos momentos da pesquisa (grupos de iniciação científica, laboratórios, experimentos etc.); a extensão, por sua vez, muito trabalhosa e complexa, é vista muitas vezes como um esforço sem retorno (pela universidade e pelos próprios envolvidos).

E, por fim, trata-se da própria lógica capitalista presente no reordenamento do Estado, nas práticas de enxugamento de investimentos em políticas públicas, na precarização dos serviços e na paulatina, mas constante, transferência do dever do Estado para a sociedade civil. No caso da educação superior assistimos, com a instalação no governo Lula, à expansão da rede pública federal e à criação do ProUni⁹, que permite a inclusão de alunos menos favorecidos economicamente em universidades privadas conveniadas com o MEC, a partir da concessão de bolsas. O movimento sindical organizado dos docentes, bem como diversos setores da sociedade civil, apontou a incoerência desse projeto, que é uma forma de subsidiar ou fortalecer a rede privada de ensino. Porém, quando há uma política de expansão no número de vagas nas universidades públicas, esta não acontece de forma global (recursos humanos, físicos), o que tem prejudicado de forma aguda a excelência típica destas instituições. Ainda, muitas universidades privadas hoje são superiores às públicas, simplesmente porque possuem laboratórios modernos e se apropriam de atualizações tecnológicas com maior agilidade.

⁹ O Programa Universidade para Todos (ProUni) foi criado pela MP nº 213/2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de baixa renda, em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior, oferecendo, em contrapartida, isenção de alguns tributos àquelas que aderirem ao Programa. Conforme dados disponibilizados, no 2º semestre de 2007 o Estado de São Paulo recebeu 6.473 bolsas integrais, do total de 32.355, e 5.125 bolsas parciais, do total de 22.857. No montante final, no referido período foram concedidas 55.212 bolsas. Disponível em: <<<http://prouni-inscricao.mec.gov.br/prouni/Oprograma.shtm>>>, acessado em 12 fev. 2008.

Pressionadas, muitas vezes, pela lógica do mercado (formar para o mercado e de acordo com as necessidades deste) e pela lógica empresarial, as universidades correm o risco de perder de vista um importante elemento de sua constituição: propiciar uma formação mais universal, portanto, capaz de congrega elementos profissionalizantes, éticos, políticos e culturais.

Boaventura de Souza Santos dedicou vários de seus escritos à reflexão sobre a universidade e é a partir deles que se pretende extrair algumas ideias para a discussão a seguir.

O autor aponta que a universidade está sendo cada vez mais cobrada, pela sociedade e pelo Estado, em um contexto de menos investimentos; porém, essa dificuldade não é somente organizacional ou financeira: é, sobretudo, uma postura de “relativa impermeabilidade”, ou seja, a capacidade que as universidades têm de isolar-se da sociedade (SANTOS, 1999, p. 187). Isolamento este que se reforça e se expressa em diversos momentos e modalidades, nos projetos e pesquisas que desenvolvem, nos muros que as cercam, nos quilômetros de distância das cidades que as abrigam e também nas lutas que travam. Enfim, embora não deseje, parte significativa das universidades ainda convive (e talvez com um pouco de razão) com os estereótipos de “feudos” e “ilhas da fantasia”.

Para o autor, há uma “tripla crise da universidade”: *crise de hegemonia*, em que a universidade se vê ameaçada por outros espaços de formação, seja pela sua incapacidade de responder às pressões externas, seja pelo seu caráter elitista e seletivo; *crise de legitimidade*, causada pela falência no atendimento dos objetivos coletivos; e *crise institucional* que como uma resposta às demais, aponta como alternativas mudanças organizacionais muito próximas da lógica mercantil e capitalista (SANTOS, 1999, p. 190). Esta, como se sabe, está baseada no resultado, em detrimento do processo de debate, da discussão democrática e da autonomia, características típicas das organizações públicas universitárias.

Dentre as três, a crise de hegemonia assume papel principal, pois dela emergem as demais, pois reside nela a própria construção do que é ou deveria ser a universidade.

A centralidade da universidade enquanto lugar privilegiado da produção de alta cultura e de conhecimento científico avançado é um fenômeno do século XIX, do período do capitalismo liberal, e o modelo de universidade que melhor a traduz é o modelo alemão, a Universidade de Humboldt. A exigência posta no trabalho universitário, a excelência dos seus produtos culturais e científicos, a criatividade da atividade intelectual, a liberdade de discussão, o espírito crítico, a autonomia e o universalismo dos objetivos fizeram da universidade uma instituição única, relativamente isolada das restantes instituições sociais, dotada de grande prestígio social e considerada imprescindível para a formação das elites (SANTOS, 1999, p. 193).

Essa ideia reforçou o caráter elitista da universidade, que vai cada vez mais tendo dificuldade de se manter. Isso porque, na sociedade capitalista, o acirramento das desigualdades vai produzindo uma série de questionamentos sobre o Estado, as instituições e organizações sociais e sua contribuição no enfrentamento desse quadro.

Dessa forma, a universidade foi (é) obrigada a se repensar, o que, para o autor, traduzir-se-ia em resolver suas principais dicotomias: alta cultura *versus* cultura popular, educação *versus* trabalho, teoria *versus* prática (SANTOS, 1999, p. 193).

A postura da universidade frente a esses desafios tem causado outros tantos, que podem ser visualizados numa análise panorâmica da instituição. Assim, para a questão da alta cultura (cultura-sujeito), procurou-se uma aproximação com a cultura de massas (cultura-objeto), porém, houve certa tensão no elemento qualidade, o que, segundo o autor, levou a uma segregação das universidades – entre as de “elite” e as de “massas” (SANTOS, 1999, p. 194). Percebe-se a predominância dessa ideia, inclusive no meio acadêmico: assim como os filmes têm estrelas conforme sua qualidade, avaliada pelos críticos de cinema, as universidades também, sobretudo nos guias de estudante. Movimento semelhante e mais sério é o caso de certificações do tipo “OAB Recomenda”, que não só segrega como reforça uma competição exacerbada nas instituições¹⁰.

De um lado, a questão da qualidade do ensino, a competência e a titulação do corpo docente, a estrutura física são elementos importantes na contagem dos pontos no processo de avaliação das instituições universitárias; de outro, está a questão do mercado de trabalho. Christophe Charle faz uma análise dessa ideia que invade o espaço universitário europeu.

Os objetivos iniciais humanistas e culturais, foram substituídos por uma competição calcada no mundo das empresas e do mercado. Muito utilizadas, as classificações internacionais se difundiram, favorecendo uma visão econômica do espaço universitário europeu /.../. As universidades passaram a se identificar com corporações e marcas. E a dividir entre si um mercado de diplomas cujo valor social é medido de acordo com as oportunidades e os salários obtidos pelos agraciados com esse “investimento educativo” (CHARLE, 2007, p. 34).

Tal fenômeno é descrito pelo autor como *darwinismo educativo* e tem alterado a configuração da universidade europeia; inclusive a lei francesa de julho de 2007, quando trata

¹⁰ “O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), em sessão plenária realizada em 7 de dezembro de 1999, estabeleceu como meta que, periodicamente, seria atribuído um *selo de qualidade* aos cursos de direito que se destacassem, em cada unidade da federação, pelo nível do ensino oferecido /.../. A outorga do *selo de qualidade* representaria, assim, para o Conselho Federal, mais uma forma de *colaborar com o aperfeiçoamento dos cursos jurídicos*, consoante o mandamento inserto no citado dispositivo do Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil /.../. Surgia, então, com a aprovação unânime do Conselho Federal, o programa OAB RECOMENDA, cujo escopo seria o de atuar como um indutor de qualidade do ensino do direito, na medida em que fosse capaz de despertar nas instituições que o ministram interesse em obter o *selo* que dele resulta /.../. A primeira edição do programa OAB RECOMENDA foi divulgada em janeiro de 2001.” Disponível em <<http://www.oab.org.br/OABRecomenda1.pdf>>, acessado em 12 fev. 2008.

da autonomia universitária, atende essencialmente a esse modelo: “Ela transforma o reitor em gerente /.../. A *priori*, ele dispõe de instalações e do orçamento sem qualquer regulação, decide diretamente sobre as contratações, pode criar empregos fora das regras da função pública e do julgamento da comunidade universitária” (CHARLE, 2007, p. 35).

Em análise semelhante, Santos (2005) constata que, das três crises apontadas por ele em seu trabalho *Pela mão de Alice* (1995), a institucional acabou por ser o foco das propostas reformistas, já que “era e é, desde há pelo menos dois séculos, o elo mais fraco da universidade pública porque a autonomia científica e pedagógica da universidade assenta na dependência financeira do Estado”(p. 12).

Sendo assim, é diante de um contexto de crise – e, consequentemente, de reforma do Estado que a universidade sente o peso de uma tendência globalizada de redução do compromisso político com a educação de forma geral e com a universidade em particular. Esse processo faz parte de uma ofensiva do capital contra as políticas públicas, com enfoque nas políticas sociais, e sua conversão em mercadorias. Assim, o autor parte da análise de determinados “pilares” para o entendimento e análise da crise institucional, dentre eles a descapitalização da universidade pública; a transnacionalização do mercado universitário e a passagem do conhecimento universitário ao conhecimento pluriversitário (SANTOS, 2005).

Para esse autor, as universidades têm perdido parte de sua preocupação humanística e cultural, o que vem causando um desvirtuamento de suas funções, como alternativa à pressão da carência de recursos. Cita os casos brasileiro e português da proliferação de fundações vinculadas às universidades públicas, porém com estatuto privado e, portanto, capazes de vender determinados serviços à comunidade, como cursos de especialização.

Somado a isso, tomando como referência estudos econômicos que indicavam o potencial da educação como negócio, salienta que tem se evidenciado um processo que o autor denominou de transnacionalização do mercado universitário como resposta a um conjunto de fatores que pressionam as universidades públicas (financiamento, abertura de novos mercados, avanço tecnológico).

Os analistas da empresa de serviços financeiros Merrill Lynch consideram que o sector da educação tem hoje características semelhantes às que a saúde tinha nos anos 1970: um mercado gigantesco, muito fragmentado, pouco produtivo, de baixo nível tecnológico mas com grande procura de tecnologia, com um grande déficit de gestão profissional e uma taxa de capitalização muito baixa (SANTOS, 2005, p. 27).

Tal proposta tem como regulador a OMC no âmbito do Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS), no qual a educação é um dos 12 serviços abrangidos. Tal

documento distingue quatro modos de ofertas de serviços universitários mercantis: oferta transfronteiriça – com destaque para ensino na modalidade a distância; consumo no estrangeiro – prevê o movimento transnacional do consumidor; presença comercial – caracterizada pela possibilidade de franquias; e presença de pessoas – deslocação temporária de professores e pesquisadores para um determinado país.

Ainda de acordo com Santos (2005), a universidade tem o desafio de aproximar a produção do conhecimento universitário ao que ele denomina conhecimento *pluriversitário*. Para ele, parte da crítica social imprimida à universidade é oriunda do tipo de conhecimento produzido, “descontextualizado, por vezes, da realidade social e suas demandas”, enquanto “o conhecimento pluriversitário é um conhecimento contextual na medida em que o princípio organizador da sua produção é a aplicação que lhe pode ser dada” (p. 41).

Conforme já enunciava Boaventura de S. Santos, portanto, a universidade tenta compatibilizar a educação humanística e a formação para o trabalho. A própria compreensão da relação educação-trabalho vai se tornando muito complexa e a universidade encontra dificuldades em interpretá-la e resolvê-la. De um lado, atender às exigências de um mercado dinâmico, ágil e em permanente mutação, que demanda à universidade constante reformulação de seus currículos, por exemplo (o que não combina, muitas vezes, com a rigidez dos projetos pedagógicos e suas grades curriculares); por outro, mesmo tendo de cumprir a tarefa de preparar adequadamente para o mundo do trabalho, procura não abandonar as suas características principais de propiciar uma formação mais humanística.

Confrontada com as antinomias da formação profissional a que, sob pressão social, pretendeu vincular a sua hegemonia, não deixa de manter em segunda linha, e ainda marginalizada, a educação humanística, pronta a ser reativada no momento em que for nesse sentido a pressão social dominante (SANTOS, 1999, p. 198).

Dessa maneira, as exigências do mercado de trabalho que hoje são válidas podem perder sua força no movimento da história. A alteração de papéis e funções não só é perfeitamente possível como em alguns espaços já vai dando sinais de mudanças. É o caso dos Estados Unidos, onde “um recente relatório do Congresso mostrou preocupação com a corrida ao dinheiro [das universidades-empresa], que deixa expressiva parcela da classe média fora das boas universidades” (CHARLE, 2007, p. 35).

Para Boaventura Santos, outra tensão a ser enfrentada pela universidade, permeada pela anterior, é a causada pela dicotomia teoria *versus* prática, que tem origem em um apelo à prática vinculado às exigências de formação profissional em decorrência do desenvolvimento tecnológico. Há, ainda, outra, de cariz mais sociopolítico, “que se traduziu na crítica ao

isolamento da universidade, da torre de marfim insensível aos problemas do mundo contemporâneo, apesar de sobre eles ter acumulado conhecimentos sofisticados e certamente utilizáveis na sua resolução” (SANTOS, 1999, p. 200).

Sendo assim, a ideia de aproximar a universidade da realidade social tem suscitado grandes debates e promovido uma série de interpretações possíveis sobre esse apelo à prática. Dentro da lógica capitalista e do mercado, cada vez mais a universidade tem estreitado laços com as grandes corporações, relação vinculada, sobretudo, à pesquisa e aos avanços do conhecimento científico. Para o autor, há uma diferenciação de interesses entre a comunidade científica e a “comunidade industrial”: enquanto a primeira zela pelo rigor científico e pela publicização dos resultados, a segunda almeja o lucro e a competitividade.

A crise da universidade leva a arranjos que por vezes destoam da ideia da “pesquisa desinteressada”. Por vezes, a definição do que deve ser pesquisado ou do que seja um bom objeto de estudo é determinada por uma visão utilitarista e mecânica de orientação mercadológica e financeira.

Com vistas à reversão desse panorama, Santos (2005) indica que a universidade deve comportar um projeto de país, em que ela mesma seja tomada como bem público. Tal projeto deve ser sustentado por diferentes atores sociais: a própria universidade pública e sua comunidade acadêmica; o Estado nacional e, por fim, a sociedade e suas diferentes formas de organização.

Ainda, enumera uma série de princípios norteadores desse processo, sendo o primeiro “a necessidade de envolver a promoção de alternativas de pesquisa, de formação, de extensão e de organização que apontem para o bem público universitário” (SANTOS, 2005, p. 62); a aceitação da crise de hegemonia e legitimidade da universidade e, com isso, o desejo de enfrentá-la; a definição de universidade – com a exigência (e o cumprimento) da formação graduada e pós-graduada, pesquisa e extensão, além da reconquista da legitimidade por intermédio da democratização do acesso, da extensão, da pesquisa-ação, da ecologia de saberes, da relação universidade-escola pública e universidade-indústria, da responsabilidade social e de uma nova institucionalidade baseada no conceito de rede e de democracia interna e externa. Indica, por fim, a necessidade de regular o setor privado: as universidades privadas e a transnacionalização da educação superior.

Conforme já foi referido, a vinculação com a prática dentro de uma vertente “social e política”, como expressou Souza Santos, trouxe outro tipo de discussão sobre a universidade e sua função social, associada rapidamente ao seu envolvimento com a comunidade, que foi se modificando e adquirindo novas características e divergências.

A área de extensão vai ter no futuro próximo um significado muito especial. No momento em que o capitalismo global pretende funcionalizar a universidade e, *de facto*, transformá-la numa vasta agência de extensão ao seu serviço, a reforma da universidade deve conferir uma nova centralidade às atividades de extensão (com implicações no *curriculum* e nas carreiras docentes) e concebê-las de modo alternativo ao capitalismo global, atribuindo às universidades uma participação ativa na construção da coesão social, no aprofundamento da democracia, na luta contra a exclusão social e a degradação ambiental, na defesa da diversidade cultural (SANTOS, 2005, p. 73).

Percebe-se que um exame na literatura sobre universidade encaminha um debate com sentido similar e que – embora com maior ênfase por parte de alguns autores à pesquisa, outros ao ensino, e outros, ainda, à extensão, que são os três principais fins da instituição – a vinculação desta com a sociedade sempre está presente nas diversas e diversificadas análises. Para fins desse estudo, interessam, sobretudo, aquelas associadas à ideia de extensão universitária, assunto que será tratado na sequência.

1.3 A extensão universitária como uma das formas de responsabilidade/compromisso social da universidade

Ao examinar a literatura sobre a temática, é quase um consenso a diversidade de conceitos sobre o que seja extensão universitária. Ainda, a título de esclarecimento, toma-se como fundamental a advertência de Wanderley de que, apesar de ser “válida a separação do tripé (ensino, pesquisa e extensão), para fins analíticos, o conteúdo social está e deve estar presente no conjunto” (WANDERLEY, 2005, p. 168). Porém, como já mencionado, nesse estudo será privilegiada a extensão como uma das formas de compromisso social da universidade.

A análise do surgimento e compreensão da extensão universitária apresenta uma pluralidade de informações, que vai se modificando com o movimento da universidade e da própria sociedade.

Assim, para alguns estudiosos, a extensão universitária tem uma longa história que remete à própria origem das universidades européias *modernas*, já que não é possível falar em extensão universitária no contexto medieval, tendo em vista que “o compromisso social de tais universidades efetivou-se pela via do ensino” (FAGUNDES, 1986, p. 26).

Surgiu na Inglaterra, em meados do século XIX, uma nova forma de extensão universitária, destinada a toda a população, sem distinções, desde que não fizessem parte da

universidade. Foi na Universidade de Cambridge, em 1867, que a extensão universitária (já com esta nomenclatura) teve sua primeira experiência e inclusive influenciou a extensão nos Estados Unidos. Ainda, na Inglaterra surgiram as primeiras Universidades Populares, construídas a partir das críticas dos operários, que se irradiariam para outros países, inclusive a Espanha, na Universidade de Oviedo, que por consequência seria o centro de apoio às ideias extensionistas presentes no Movimento de Córdoba, na Argentina (ROCHA, 2001, p. 17).

Tais afirmações devem ser contextualizadas no momento histórico em que ocorreram, o que significa que essas primeiras atividades tidas como extensionistas¹¹ possuíam um caráter diferenciado do que atualmente se construiu como extensão.

Para Rocha, a história do extensionismo na América Latina pode ser dividida em fases: 1) *a extensão na Universidade Medieval* era dotada de caráter religioso, tida como “missão” ou “ação filantrópica”; 2) *a extensão no Período das Luzes*, em contraposição ao dogmatismo da fase anterior, passou a ter como eixo central a racionalidade, as expressões da modernidade, a valorização da liberdade, dentre outros fatores que serviram para que a extensão passasse a ter um caráter de ação revolucionária; 3) *o extensionismo e a modernização da sociedade* no período de difusão do positivismo e das ideias liberais na América Latina (meados do século XIX), sob influência da concepção norte-americana de extensão universitária técnica associada ao desenvolvimento; 4) *a institucionalização do extensionismo universitário*, quando (1960) foram criadas estruturas próprias para a extensão, assim como instituídos pró-reitores, departamentos de extensão etc.

A fase seguinte foi 5) *a construção e reconstrução das concepções do extensionismo universitário* (1970), em que será debatida a extensão como um importante componente propulsor de mudança social e de difusão da cultura. Foram realizados seminários internacionais de âmbito latino-americano que tiveram em Paulo Freire uma das figuras essenciais no processo de crítica e reconstrução da ideia de extensão; 6) na década de 1980, a extensão universitária passou a ter maior *vinculação interna com as universidades*, que cobravam maior autonomia para gerir suas ações extensionistas e um privilegiamento das ações da prestação de serviços em suas múltiplas dimensões; finalmente, a última fase (1990) se constituiu como *a atuação em rede* por meio de intercâmbios entre os diferentes países latino-americanos, e foi marcado também pela importância de um Programa Latino-

¹¹ “Extensionismo: representa a ação decorrente do exercício da extensão universitária em suas várias modalidades ou formulações, em que se incluem: cursos de extensão; atividades de assistência técnica; prestação de serviços no campo social, no educacional, no sanitário, no jurídico e na difusão cultural; atuação em projetos de ação comunitária ou similares; assessorias ou consultas; realização de levantamentos; elaboração de planos e projetos; difusão de resultados de pesquisas” (ROCHA, 2001, p. 13).

Americano de Extensão, que culminou em uma associação de Extensionistas Latino-Americanos (ROCHA, 2001).

É importante registrar que as Universidades Populares, bem como a construção de um conceito de extensão latino-americano, tem como referência o Movimento de Córdoba (1918)¹².

Dessa forma, as universidades latino-americanas passam a se envolver e se preocuparem com os problemas sociais. Embora motivadas pelos ideais do movimento de Córdoba, as primeiras atividades extensionistas tiveram no modelo americano da multidiversidade de funções sua primeira face. O *rol* de atividades classificadas como extensão reunia ações assistencialistas, cursos das mais diversas modalidades e objetivos, palestras, assessoria técnica e outras, derivando daí a ideia de uma extensão cooperativa, associada ao atendimento das necessidades de uma comunidade social e economicamente carente. Ainda, em sua trajetória histórica, avançou da perspectiva religiosa, passando pela revolucionária, para a acadêmica.

A extensão pode ser pensada como resultado de uma das contradições da universidade – no caso, das instituições públicas, que não atendem a todos, portanto, têm em seu interior um importante elemento segregador. A ideia de extensão contribuiu para que os benefícios da universidade pudessem ser socializados. Ideia que, posteriormente, no caso brasileiro, esteve vinculada à legislação (LDB) e passou a ser uma das funções da universidade, independentemente de sua natureza pública ou privada.

Segundo Nogueira (2001), no Brasil, foi a partir de 1911 que houve as primeiras experiências de extensão universitária, influenciadas por dois modelos: um, aberto a toda a população (Universidade Livre de São Paulo, 1911-17) e outro ligado à prestação de serviços na área rural, que levava assistência técnica, na década de 1920, por meio da Escola Superior de Agricultura e Veterinária de Viçosa e da Escola Superior Agrícola de Lavras, ambas em Minas Gerais. O modelo de extensão utilizado, de inspiração norte-americana, era a assessoria técnica aos trabalhadores rurais, dentro da ideia assistencialista de estender os conhecimentos produzidos pela universidade a uma população carente.

Do ponto de vista legal, em 11 de abril de 1931, por intermédio da Lei 19.851, a extensão passou a ser legalizada no Estatuto das Universidades Brasileiras, sobretudo pelo

¹² O Movimento de Córdoba foi liderado pelos estudantes universitários que “assumem o poder na Universidade Católica tradicional ali existente, ocupando-a /.../. A ação dos estudantes, a partir de Córdoba, colocara a Extensão Universitária em evidência, com a criação de Universidades Populares em várias nações latino-americanas /.../. Para Touraine foi o movimento de Córdoba quem deu importância política às Universidades latino-americanas” (ROCHA, 2001, p. 18).

artigo 35, que dispõe sobre os cursos que poderiam ser ministrados nos “institutos de ensino superior no Brasil”. Neste artigo os cursos de extensão são “destinados a prolongar, em benefício coletivo, a atividade técnica e científica dos institutos universitários” (ESTATUTO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS, 1931); e no artigo 42:

A extensão universitária será efetivada por meio de cursos e conferências de caráter educacional ou utilitário, uns e outros organizados pelos diversos institutos da Universidade, com prévia autorização do Conselho Universitário.

§ 1º Os cursos e conferências, de que trata este artigo, destinam-se principalmente à difusão de conhecimentos úteis à vida individual ou coletiva, à solução de problemas sociais ou à propagação de ideias e princípios que salvaguardem os altos interesses nacionais.

§ 2º Estes cursos e conferências poderão ser realizados por qualquer instituto universitário em outros institutos de ensino técnico ou superior, de ensino secundário ou primário ou em condições que os façam acessíveis ao grande público (BRASIL, ESTATUTO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS, 1931).

Nota-se que a compreensão de extensão universitária presente no Estatuto conserva a posição de extensão cooperativa e apresenta um apelo nivelado ao compromisso social da universidade.

Em 1961, a LDB – Lei 4.024 –, em seu artigo 69, apresentava de forma tímida a extensão universitária, vinculada diretamente à prestação de serviços.

Art. 69. Nos estabelecimentos de ensino superior podem ser ministrados os seguintes cursos:

- a) de graduação, abertos à matrícula de candidatos que hajam concluído o ciclo colegial ou equivalente, e obtido classificação em concurso de habilitação;
- b) de pós-graduação, abertos à matrícula de candidatos que hajam concluído o curso de graduação e obtido o respectivo diploma;
- c) de especialização, aperfeiçoamento e extensão, ou quaisquer outros, a juízo do respectivo instituto de ensino, abertos a candidatos com o preparo e os requisitos que vierem a ser exigidos (LDB, 1961).

Contraditoriamente a essa realidade opaca nas leis, a década de 1960 foi um marco do ponto de vista da organização estudantil. A União Nacional dos Estudantes (UNE) criou os Centros Populares de Cultura (CPC), instaurando um processo de comunicação universidade/sociedade que atendia à ideia de compromisso com as classes populares (NOGUEIRA, 2005). Outra importante contribuição no campo das práticas extensionistas que marcaram as décadas de 1950 e 1960 foi a participação de Paulo Freire no Serviço de Extensão Cultural da Universidade de Recife, sobretudo as ações vinculadas à alfabetização de adultos e à educação popular, associando a leitura e a escrita, como instrumentos políticos, para a conscientização e transformação social.

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada (FREIRE, 1983, p. 80).

A contribuição de Paulo Freire para a construção de um conceito de extensão universitária brasileira foi significativa, sobretudo a partir de suas críticas. Para ele, a extensão ainda conservava o caráter social dominador, não avançando na perspectiva de uma troca de saberes, mas ainda vendo o extensionista, como alguém que sabe mais e que transfere seus “conhecimentos” a alguém que não os detém, ou seja, ainda persistia a ideia domesticadora:

Parece-nos, entretanto, que a ação extensionista envolve, qualquer que seja o setor em que se realize, a necessidade que sentem aqueles que a fazem de ir até a “outra parte do mundo”, considerada inferior, para, à sua maneira, “normalizá-la”. Para fazê-la mais ou menos semelhante a seu mundo /.../. E todos estes termos envolvem ações que, transformando o homem em quase “coisa”, o negam como um ser de transformação do mundo (FREIRE, 2006, p. 22).

Não houve avanços na concepção de “comunicação” no lugar de extensão, mas, a partir da discussão trazida por Freire, o “termo passa a significar uma relação conscientizadora para os parceiros da extensão – intercâmbio entre saber sistematizado e saber popular; a extensão como ponte entre a universidade e a sociedade” (ROCHA, 2001, p. 22).

Embora vinculado à Igreja Católica brasileira, portanto afeto às orientações cristãs, deve ser mencionado o Movimento de Educação de Base (MEB), vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). O MEB surgiu no final da década de 1950, motivado pela Ação Popular Católica e sua proposta de “pedagogia na ação”.

No Movimento de Educação de Base, os processos educativos de alfabetização, conscientização, politização, animação popular e os múltiplos meios empregados (cursos, encontros, debates, contatos, cartas etc.) pretendiam eliminar/diminuir a tutela tradicional sobre o povo (WANDERLEY, 2007, p. 118).

A Ação Popular concentrou significativo número de estudantes católicos que aderiram à convocatória da CNBB de implementar um plano nacional de educação, sob a perspectiva da educação de base¹³, sobretudo no Nordeste do País, atingindo, assim, os meios operários e

¹³ Conforme *Carta de princípios do MEB*, divulgada pela Igreja Católica brasileira: “O nosso drama não é só alfabetizar. Junto a isto há urgência de muito mais: urgência gritante de se abrirem aos nossos camponeses, operários e suas famílias as riquezas da educação de base, fundamental, educação que chamaríamos de cultura popular, a qual tende a fazer o homem despertar para seus próprios problemas, encontrar suas soluções,

rurais. Contudo, a experiência não chegou a ser refletida nos marcos das ações extensionistas de cunho universitário propriamente dito. Foi, entretanto, alvo de estudos e pesquisas sobre sua orientação, objetivos e o alcance de seu trabalho, por exemplo, o realizado por Wanderley (1984).

O desmantelamento do MEB seguiu o mesmo percurso das ações extensionistas no Brasil na década de 1960. O contexto da ditadura militar (1964-85) não somente coibiu as forças sociais, pela marca da repressão e da censura, como iniciou um processo de substituição dos modelos existentes. Substituiu, sobretudo, aqueles vinculados à formação política e de maior conteúdo social e ligados aos movimentos populares por outros, mais amenos e em consonância com as ideias ditatoriais. Assim, surgiram o Projeto Rondon e o Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (Crutac), na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 1966. Os projetos tinham como marca o trabalho destinado às populações mais desprovidas social e economicamente e a visualização das ações como uma contribuição das universidades para desenvolvimento do País. Para Fagundes,

a ênfase da análise sobre o compromisso social da universidade brasileira, sob o ângulo da extensão universitária, recai sobre o pensamento do MEC e do Crub (Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras) a partir da segunda metade da década de 60 até o presente. Esta delimitação justifica-se, quando se atenta para a importância que a extensão adquire nesse período, sendo alçada, com a Reforma Universitária de 1968, ao foro de terceira função da universidade, ao lado do ensino e da pesquisa /.../ como uma modalidade de a universidade suprir a falta de contato com um público maior e desincumbir-se de seus compromissos sociais (FAGUNDES, 1986, p. 15).

A trajetória da extensão universitária brasileira seguiu sem muitas mudanças teóricas e de concepção, prevalecendo ainda a tônica de prestação de serviços e realização de cursos. Não obstante, as instituições começassem a incorporar, lentamente, a ideia de extensão universitária nas leis (Lei da Reforma Universitária de 1968), na elaboração do Plano de Extensão Universitária (1975), na criação da Coordenação de Atividades de Extensão e na criação das Pró-Reitorias de Extensão (1980), ao mesmo tempo em que se configurava a ideia da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (NOGUEIRA, 2005).

Em 1987 foi realizado o I Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, que trouxe um conceito de extensão universitária,

aprender a comer bem, a defender sua saúde, a manter boas relações com seus semelhantes, a andar com seus próprios pés, a decidir seus destinos, buscar sua elevação cívica, moral, econômica, social e espiritual. É esta a escola que temos de jogar no seio das populações camponesas e operárias, através de seus métodos próprios já experimentados e vitoriosos” (*apud* WANDERLEY, 1984, p. 59).

reafirmado em 1999 no documento *Universidade Cidadã* e no Plano Nacional de Extensão (2000-2001):

A extensão universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade. A extensão é uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento.

Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da universidade.

Além de instrumentalizadora deste processo dialético de teoria/prática, a extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social (FORPROEX, 2001, p. 5).

A extensão passou a ter maior visibilidade e contou com setores indispensáveis para sua legitimação, com novo sentido, a partir da articulação com ensino e pesquisa, teoria e prática. Aos poucos a visão assistencialista foi se deslocando e a extensão, como uma das funções da universidade, foi se redimensionando como prática social.

As mudanças passaram a ser percebidas na própria organização das estruturas responsáveis pelo acompanhamento da extensão universitária. Sem dúvida, o Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras passou a desempenhar um papel importante na sistematização e direcionamento da extensão universitária no País, desdobrando-se em comissões, fóruns, seminários e uma série de espaços de debate, reflexão e socialização de experiências.

Dessa forma, a compreensão da extensão universitária brasileira cumpriu um longo percurso que vai desde as influências europeias e americanas, às quais seu surgimento esteve vinculado, à luta e resistências daqueles que reafirmaram a extensão como uma relação íntima da construção do conhecimento na realidade social e visualizaram nela a possibilidade de socialização do conhecimento do ensino e da pesquisa.

O valor da extensão, portanto, é o de estar atento às formas pelas quais o mundo se constrói e reconstrói, às maneiras de sua estruturação e reestruturação; é o de apreender a realidade para além das manifestações externas localizadas em uma específica dimensão temporal, vazia de sentido e deslocada da sua história; é o de recusar tomar o concreto imediato não como resultado do movimento, mas como se este fosse o próprio movimento /.../. Nesse sentido, o valor maior da extensão é o de ser capaz de provocar esta intolerabilidade com relação à realidade social e de poder transformá-la em ação consciente do desenvolvimento e da política acadêmica (FARIA, 2005, pp. 24-5).

Com maior clareza conceitual, maior institucionalização e maior visibilidade, a extensão universitária ainda tem um importante percurso na direção de compromisso social da universidade, que pode ser traduzida na afirmação de Wanderley (2005): é necessário “dar concretude às afirmações de que as universidades devem se situar como promotoras do desenvolvimento sustentável do País, desenvolver uma formação crítica e humanística, preparar técnicos e profissionais com visão ética” (WANDERLEY, 2005, p. 173). Embora, muitos avanços possam ser seguramente apontados na trajetória histórica da extensão universitária, são muitos, também, os seus dilemas e desafios na atualidade.

1.4 Dilemas e desafios da extensão universitária na atualidade

Um dos primeiros desafios da extensão universitária é o de se consolidar como uma prática indissociável do ensino e da pesquisa. Conforme já elucidado, a extensão é uma das formas de compromisso social da universidade, mas não a única e nem a melhor. Várias críticas foram surgindo nesse sentido, apontado que o privilegiamento de uma função (extensão) em detrimento de outras (ensino e pesquisa) poderia não só promover ações cada vez mais desintegradas, mas dificultar as ações na direção do compromisso social das universidades. Por isso, Botomé (1996) postula que o compromisso social da universidade precisa ser realizado por todas as atividades da instituição e não ser privilégio de uma delas, como se esta fosse a destinada a cumprir tal papel.

Outro importante desafio está na marginalidade da extensão universitária que, embora esteja presente nos discursos e documentos oficiais, ainda persiste, na compreensão de muitos, como simples assistência, o que se comprova por ações como o programa nacional Universidade Solidária (1999) e até mesmo o retorno do Projeto Rondon¹⁴ (2004), associado à falta de financiamento.

¹⁴ Segundo Vilany Kehrle da assessoria de comunicação social do MEC, o Projeto Rondon é uma ação governamental que envolve vários Ministérios, visando ao fortalecimento de políticas públicas. Criado em 1967, o Projeto levou estudantes e professores de instituições de ensino superior a desenvolver trabalhos sociais nas regiões mais carentes do País até 1989. A reativação do Rondon foi proposta pela UNE ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva em novembro de 2003. “Ele faz pensar um projeto de nação, pois desloca alunos de sua realidade local para outra vivência”, defende o coordenador-geral de Orientação e Controle da SESu /MEC, Jorge Gregory. Uma das mudanças importantes adotadas pelo governo federal ao retomar o projeto, em 2004, é que, na primeira fase de implantação, na década de 1960, o estudante fazia a inscrição e aguardava a seleção. Na nova fase, a inscrição fica a cargo das instituições de ensino, que necessitam demonstrar excelência e qualidade acadêmicas para serem selecionadas. Disponível em: <<http://mecsrv04.mec.gov.br/acs/asp/noticias/noticiasDiaImp.asp?id=7267>>, acessado em 12 fev. 2008.

Quanto ao programa Universidade Solidária, análises dos seus documentos oficiais feito pelo Fórum Nacional de Pró-Reitores em seu XII Encontro Nacional (1997), segundo Nogueira,

permitem concluir que, embora aprovado, o Programa Universidade Cidadã não apresentava consistência suficiente para constituir-se como proposta do Fórum para a extensão nas IES públicas brasileiras. Tanto assim que a diretriz central do evento foi a constituição da Comissão Nacional de Extensão do Fórum para, em conjunto com a SESu/MEC, elaborar o Plano Nacional de Extensão Universitária (NOGUEIRA, 2005, p. 78).

Já o Projeto Rondon foi originalmente instituído por meio do Decreto 62.927, de 23 de junho de 1968, e desde sua origem recebeu críticas por funcionar como um intermediário

entre um pensamento elitista e um sentimento populista. De uma parte haveria a comunidade dos portadores de cultura, explicadores da realidade e conhecedores de técnicas salvadoras. De outra parte, estaria a comunidade dos necessitados, ignorantes e apáticos, sem uma visão correta da realidade e, portanto, incapazes de dimensionar os seus problemas e de saírem de uma situação, da qual eles seriam os próprios responsáveis (FAGUNDES, 1986, p. 94).

Atualmente, o Projeto Rondon é visualizado como “uma ação de integração social coordenada pelo Ministério da Defesa e pelo MEC através da Secretaria de Ensino Superior. O Fórum dos Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (Forproex) também assumiu o Projeto Rondon como uma ação extensionista vinculada a projetos e programas de extensão” (BASSANI, 2007).

Certamente, ambos os projetos têm várias questões polêmicas para serem debatidas. Uma delas diz respeito ao que, no caso do Projeto Rondon, separaria as críticas da década de 1980 às suas novas concepções como uma ação extensionista. Fica evidente, partindo desse exemplo, que as discussões e o movimento de institucionalização da extensão permitiram novas interpretações e orientações para as atividades de extensão, que vão conduzindo a um mapeamento da extensão no Brasil.

O Forproex, por intermédio da Comissão Permanente de Avaliação da Extensão Universitária, organizou uma pesquisa intitulada *Institucionalização da extensão nas universidades públicas brasileiras: estudo comparativo 1993/2004*, partindo dos resultados de um estudo comparativo publicado em 1995 (*Perfil da extensão universitária no Brasil*) e com dados obtidos em 2005. Tomando como referência a categoria “Dificuldades para o desenvolvimento da extensão universitária”, os dados obtidos revelaram que, em ambos os anos de referência do estudo, a principal dificuldade foi a limitação de recursos financeiros, seguida por recursos de infra-estrutura como veículos (78,6%), suprimento para equipamentos de informática (62,9%) e salas (61,4%). Complementando essas análises no que se refere

aos recursos destinados às atividades de extensão, verifica-se que 67,1% das instituições alocam recursos orçamentários para a extensão. A captação de recursos está institucionalizada por meio de convênios em 61,4% das instituições. Destacam-se nas informações classificadas como “outros” a participação em editais públicos (sete respostas), recursos advindos de taxas internas, fundos e fundações (seis respostas), prestação de serviços (três respostas) e apoio externo não institucionalizado.

No tocante à concessão de bolsas de extensão, pode-se observar que 88,9% das IPES possuem programas institucionais de bolsas, porém 90% consideram o número de bolsas insuficiente, tendo em vista a demanda existente. Com relação ao suporte de recursos humanos nas Pró-Reitorias, observa-se que a maior parte das IPES considera os recursos humanos insuficientes para gestão. Cerca de dois terços das instituições consideram que a carência concentra-se nos técnicos e cargos comissionados (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PERMANENTE, 2008).

A questão do financiamento é uma problemática enfrentada pelas universidades brasileiras como um todo e atinge de forma geral o desenvolvimento das suas atividades, independentemente de sua natureza, tendo sido foco de amplos debates e reivindicações da comunidade acadêmica. Diante do enxugamento e sucateamento das políticas públicas, nos casos de convênios, sobretudo governamentais, é comum as atividades de extensão servirem para substituir ou representar o Estado em determinado contexto social, o que, sem uma crítica aprofundada sobre o Estado, pode levar a ativismos e pragmatismos. Quanto aos convênios com o denominado terceiro setor, as questões postas estão presentes nas análises de trabalhos nessa área e dizem respeito ao grau de autonomia na orientação e direção do trabalho e à sua continuidade.

Não se produzem ações de impacto e de relevância social sem condições mínimas de trabalho e suporte institucional. A ausência de tal mecanismo pode levar ao perigo de ações grosseiras e até mesmo aventureiras, que prejudicam os objetivos propostos e o cumprimento de qualquer plano de trabalho. Ademais, a falta de um financiamento adequado pode inviabilizar as atividades, caracterizando um rompimento dos vínculos estabelecidos com o grupo a que se destinou a ação.

Atualmente, um dos maiores desafios da extensão universitária é conseguir avançar na perspectiva de prática social, superando a dimensão assistencialista e de prestação de serviços. Ainda, significa visualizar a extensão como um elemento catalisador do ensino e da pesquisa, rompendo, assim, as fraturas presentes na análise das funções da universidade. A extensão ainda é para muitos uma atividade que se dá fora da universidade, enquanto que o ensino e a pesquisa se caracterizam como ações no interior desta (salas de aula e laboratórios).

Muitas análises têm apontado para a diversidade de orientações e perspectivas da extensão universitária no Brasil. Para Silva, a extensão universitária aponta diversas

concepções: a *tradicional* (ou funcionalista), caracterizada pela desarticulação entre o ensino e a extensão e pela prática apolítica e assistencialista; a *concepção processual*, que surge como uma reação à anterior e assume o papel de “consciência social da universidade”, por intermédio da articulação entre ensino e pesquisa; e, por último, a *concepção crítica*, em que a extensão passa a ser visualizada como matéria de currículo e, portanto, desaparece enquanto conceito, sendo incorporada pelo ensino e pesquisa comprometidos e contextualizados com a realidade social (SILVA, 2001, pp. 92-3).

Certamente, ao passo que se verificam diversas compreensões e orientações para a extensão brasileira, demonstra-se a sua vitalidade enquanto conceito e prática. A maturação da extensão universitária conduziu a esclarecimentos, dotando-a cada vez mais de cientificidade. Sendo assim, ao pensar os desafios para a extensão universitária, fica evidente que a questão está na própria universidade. A questão da autonomia universitária, do financiamento do ensino superior no País, das reformas em curso, assim como o quadro de desigualdade social e a fragilidade da democracia; que afetam as sociedades como um todo, são demandas para todas as instituições universitárias. “Assim, a questão sobre qual o valor de extensão para a universidade brasileira hoje deve considerar, de saída, o que de fato é uma instituição universitária e como garantir estes pressupostos diante do processo de globalização em curso” (FARIA, 2005, p. 23).

Como foi possível observar, existem muitas críticas à extensão universitária, assim como discursos apaixonados e percepções críticas que consideram o valor da extensão, mas apontam a necessidade do constante debate, da construção e re-construção de ações cada vez mais engajadas com as exigências regionais e globais postas às universidades. Nesse sentido, a extensão universitária é um terreno fértil de estudos e pesquisas, não no sentido de isolá-la, mas, ao contrário, na perspectiva da qualidade acadêmica, da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e nos marcos democráticos universais, imbricados na realidade social.

Desvendar algumas particularidades das atividades de extensão e sua relação com o mundo profissional vinculado aos sistemas de saúde e às múltiplas relações que vão se constituindo no decorrer de seu desenvolvimento é a tarefa que foi proposta para esse estudo e será apresentada a seguir.

1.5 A extensão universitária e sua relação com o mundo profissional: o caso da saúde pública

Algumas considerações iniciais sobre a articulação da extensão com o mundo profissional se fazem necessárias, antes de aprofundar o estudo específico da saúde pública.

Conforme apresentado anteriormente, a extensão, na perspectiva aqui apontada, é um elemento importante no processo de formação profissional. Assume esta relevância por possibilitar a articulação entre saber científico e saber popular, integrando os conhecimentos produzidos e construídos nas universidades à realidade social local, regional e global. Dessa forma, dota a formação acadêmica de sentido e de responsabilidade, quer seja no âmbito do que é produzido (relevância da pesquisa), quer seja na forma como esse resultado é socializado.

Já foi dito que a relação das universidades com o mercado de trabalho tem se mostrado desafiadora. Retomando, fica evidente que as exigências do mercado de trabalho, cada vez mais diversificadas e mais ágeis, têm desafiado as universidades a acompanhá-las – e mais: a lógica competitiva e mercadológica vai imprimindo aos poucos algumas mudanças na orientação, até então tradicional, das universidades. A preocupação com a formação profissional tem feito parte da agenda dos cursos das mais diferentes direções, com perigo de recorrer ao utilitarismo e a um deslocamento das dimensões humanistas e éticas.

Segundo Mariângela Wanderley, um dos grandes desafios das universidades, no que diz respeito à formação profissional, é justamente sua capacidade de reagir ao setor produtivo (que tem aumentado a sua participação nas fontes de receita das universidades na forma de convênios, parcerias etc.) sem se subalternizar. Outro desafio posto é a massificação do ensino superior no País, que tem se traduzido em uma ameaça à busca da qualidade e contribuído para o escamoteamento das universidades públicas. Ainda, garantir a missão da universidade de formar profissionais altamente qualificados e em consonância com as mudanças da sociedade contemporânea e, ao mesmo tempo, comprometidos com a realidade do País (WANDERLEY, 1997, pp. 8-9).

A partir da LDB de 1996 as universidades devem definir diretrizes curriculares para os cursos de graduação. Sendo assim, cada categoria profissional, a partir de seus órgãos representativos, tratou de promover amplos debates sobre quais aspectos poderiam ser incorporados na direção da formação profissional mais contemporânea e que atendesse às exigências do mercado de trabalho, além de uma preocupação mais consistente que os respectivos cursos atentem para a questão da regionalidade e de sua participação local.

Dessa forma, a extensão universitária se configura como um espaço estratégico na qualificação da formação profissional, mas também nos diversos processos que promove: de socialização de produtos, tecnologias e metodologias desenvolvidos pelas universidades, em uma relação de reciprocidade com os diferentes sujeitos envolvidos.

Certamente, a saúde é uma das áreas que tem acumulado maior experiência nessa direção e, portanto, tem muito a contribuir na investigação da relação das universidades com os serviços.

O Forproex sistematizou o trabalho de extensão universitária em oito áreas temáticas: Comunicação, Cultura, Direitos Humanos e Justiça, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Produção e Trabalho. Ao referenciar o trabalho desenvolvido na área da saúde, ressalta-se a importância de intensificar o relacionamento entre universidade e sistema de saúde,

estimular a integração de experiências de extensão em saúde aos currículos de graduação, colaborar no desenvolvimento de políticas e estratégias de assistência à saúde, identificar interfaces relevantes e objetos de estudo comuns e atuar no sentido de que sejam criadas condições para o desenvolvimento dos sistemas formador e prestador de serviços. Sendo criativo na identificação das necessidades e na proposição de procedimentos metodológicos, o Fórum poderá, numa ação conjunta com outras instituições da área da saúde, produzir e difundir trabalhos que orientem ações em educação popular (FORPROEX, 2006).

A saúde pública brasileira tem constantemente enfrentado o desafio de consolidar um sistema de saúde de qualidade, resolutivo e universal. Nesse sentido, a qualificação de recursos humanos é um elemento imprescindível, sobretudo no atual contexto, em que, pelo desenvolvimento de novas tecnologias e da difusão rápida por meios eletrônicos, a necessidade de educação permanente não é mais uma decisão individual do profissional, mas uma demanda social. Portanto, a definição de estratégias para propiciar e promover esses recursos humanos tem feito parte da trajetória da saúde pública no Brasil.

Compreendendo a universidade como um espaço privilegiado de produção e difusão do conhecimento, evidencia-se o potencial que possui quanto à formação, capacitação e educação permanentes.

Do ponto de vista da universidade, a consolidação de propostas de integração com o sistema de saúde tem como elemento estratégico a atuação da extensão, articulada ao ensino e à pesquisa. Constitui instância pela qual a Universidade objetiva propor e desenvolver ações conjuntas e experiências inovadoras, de forma a contribuir para a implementação de um sistema de atenção de qualidade, equitativo e inclusivo. A extensão atuará na atenção à saúde, na formação de recursos humanos e geração de conhecimento e novas

metodologias, observado o parâmetro de compromisso com as necessidades de saúde da população (FORPROEX, 2006).

Para que a extensão universitária possa atingir os objetivos e metas propostos é necessária uma articulação e integração da universidade com os gestores e profissionais de saúde, bem como dos Ministérios da Saúde e da Educação. Essa relação se expressa a partir das *Diretrizes curriculares* para os cursos de graduação da área da saúde e os diversos projetos e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde em parceria com as universidades. No próximo capítulo serão examinadas, particularmente, as experiências e a relação da extensão universitária com a formação profissional vinculada à saúde pública, ocorridas a partir da LDB/96, que, embora não incorpore a expressão “indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”, atribui igual *status* a elas, tornando-se a base das alterações na formação dos RH da saúde.

É importante esclarecer que o SUS assume a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento de políticas de formação dos profissionais de saúde. No caso específico da saúde, apresentam-se posições diferenciadas acerca do que seriam *recursos humanos*. Portanto, antes de tudo, considera-se fundamental situar o leitor sobre o trato e o significado com que o termo foi utilizado no decorrer deste trabalho.

De acordo com Schraiber e Machado (1997), a noção de “recursos humanos” tem sido encaminhada de três formas distintas nos estudos sobre a temática na área da saúde: 1. (1940-1950) – Como pessoas portadoras de um saber (sujeito privado); 2. (1970-1980) – Como instrumento de saber, ou seja, como insumo de um determinado processo produtivo; e 3. (a partir de 1990) – Como trabalhadores, tanto no exercício profissional como submetido às regras do mercado.

Ainda, avalia-se que as mais variadas críticas em torno do termo “recursos humanos” repousam na adoção de cada uma dessas formas (PEREIRA; RAMOS, 2006). No entanto, concorda-se com Schraiber e Machado (1997) que, analisando a imensa produção intelectual nesse campo (RH como “projeto da ação”), apontaram uma fragilidade de associar recursos humanos a trabalhadores, do ponto de vista da “teoria política, ou da sociológica, ou ainda da econômica, diretamente sobre trabalho em saúde” (p. 282). Trata-se de uma discussão em curso e, portanto, incapaz de abolir a expressão “recursos humanos”, ainda em uso.

Diante dessa conceituação ainda em construção, neste trabalho adotou-se a compreensão de RH como trabalhadores.

Sua peculiaridade [dos recursos humanos como trabalhadores] é deter saber complexo e, simultaneamente, submeter-se a regras de mercado e produção de serviços socialmente organizada, estabelecendo, ainda, relações

extremamente diferenciadas quer com o Estado, enquanto sendo trabalhador social, quer com condições objetivas de trabalho, enquanto sendo detentor de saber complexo (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 283).

Diferenciações sobre o entendimento de RH à parte, é consenso que o setor de saúde é um dos maiores existentes (não importa se precarizado), além de altamente diversificado. Para alguns autores, a crescente incorporação de novas tecnologias gera a necessidade de novas ocupações, sobretudo aquelas de fundo técnico.

Para fins desse estudo será focada a preocupação com a formação de RH para o SUS, tendo em vista que este prevê relações mais horizontalizadas e menos rígidas entre os profissionais, o estabelecimento de vínculos com a comunidade a partir do controle social, a humanização e a co-responsabilidade no modo de operar os serviços de saúde. Portanto, são novas exigências que implicam mudanças na lógica histórico-social desses serviços, em que perdurou a ação médica hegemônica, para uma nova perspectiva de trabalho coletivo e cooperativo, despontando novas perspectivas aos profissionais, incluído aí o assistente social.

II – EXPERIÊNCIAS E DEBATES EM TORNO DA RELAÇÃO ENSINO/SERVIÇO: A CAPACITAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE NO BRASIL DO SÉCULO XX

2.1 Breve histórico: Flexner e seu relatório

Pensar sobre o desenvolvimento do ensino médico no século XX exige como ponto de partida o *Medical Education in the United States and Canada* de Abraham Flexner, ou, como ficou conhecido, o *Relatório Flexner*. No texto, elaborado em 1910 por solicitação de parte da categoria médica americana, Flexner fez uma avaliação do ensino médico a partir da pesquisa realizada em 155 faculdades de medicina existentes nos Estados Unidos e Canadá e chegou a conclusões alarmantes. Do total, 120 se encontravam em péssimas condições de funcionamento. Os problemas eram diversos e englobavam desde o ingresso do estudante (seleção ruim) a sua aprendizagem (ausência de laboratórios) e falta de vínculos na relação entre a formação científica e o trabalho clínico (SCHWARTZMAN, 1996).

Vale ressaltar que os propósitos da Reforma Flexner ancoravam-se na medicina como ciência, em oposição ao empirismo. A concepção científica da medicina, nele contida, fundava as bases do saber médico na física, química e biologia, junto com a prática médica, por sua vez concebida como explicação e produção dessas ciências. A clínica consistia na base fundamental da prática médica, por sua vez articulada à pesquisa laboratorial. Clínica e laboratório, enfim, eram os pilares da atividade médica (CANESQUI, 2000, p. 27).

As principais proposições do *Relatório Flexner* para o ensino médico englobavam pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde e valorização do hospital de ensino, portanto, cada faculdade deveria ter seu hospital, com um corpo clínico próprio e permanente; organização da assistência médica nas especialidades; assistência ambulatorial somente em casos que demandassem internação; e proporção de 400 leitos para 50 alunos (MARSIGLIA, 1995, pp. 21-2).

As linhas gerais do pensamento de Flexner partiam de uma sequência ainda hoje muito presente nas grades curriculares de diversos cursos: primeiro a formação básica, em seguida as específicas, e por último, no caso do ensino médico, a clínica hospitalar. Portanto, a ênfase estava na atenção médica individual e era evidente a ausência em aspectos preventivos e de promoção à saúde.

É importante ressaltar que essa “cientificidade” trazida por Flexner desvinculou as experiências e estudos em saúde pública das Escolas Médicas. Nos primeiros a ênfase “centrava-se no ensino da higiene, nas intervenções administrativas, nas preocupações com os determinantes da saúde e do bem-estar, dedicando-se ainda aos estudos das doenças mais frequentes da população” (MARSIGLIA, 1995, p. 22).

A influência do *Relatório Flexner* na América Latina foi marcante, especialmente a partir da década de 1940, primeiro período de expansão das escolas médicas no Brasil (CANESQUI, 2000, p. 28). Embora, tenha sido fonte de inspiração para as mudanças no ensino médico, o *Relatório Flexner* apresentava algumas lacunas. Assim, por exemplo, as mudanças propostas careciam de pensar questões mais cruciais para os cursos de graduação, como a prática médica e as necessidades de saúde da população. Consequentemente, não tomaram em conta a estreita relação entre o aparelho formador e o utilizador de recursos humanos, deixando intactos os fatores que condicionavam o aluno e o docente a uma prática individual e a um enfoque curativo dos problemas de saúde. Persistiram as dicotomias: teoria–prática; psíquico–orgânico; indivíduo-sociedade (TORRES, 2002).

Ainda, mantendo a lógica liberal da medicina, o *Relatório Flexner* representou a “apoteose da ciência e da tecnologia”, em que vários equipamentos de diagnósticos e tratamento das doenças eram criados e desenvolvidos para dar suporte ao desenvolvimento da acumulação, expansão e crescimento capitalista no setor saúde. Portanto, os desdobramentos do *Relatório Flexner* foram além da organização e reestruturação da formação médica: também fortaleceram a estruturação científica no campo da saúde, que foi se tornando cada vez mais complexa e especializada, e também competitiva e lucrativa.

Ao se focar o modelo individual da clínica, fortaleceu-se o poder médico na figura do “detentor da vida e da morte”, por isso são comuns as analogias entre a medicina e a religião e à alusão aos médicos como semideuses (LOPES, s/d). Ainda, a representação social do médico ultrapassa a condição de profissão e está cravada na própria forma como se mantêm e reatualizam determinadas estruturas de poder. Chauí, ao demonstrar como a “cultura senhorial” continua viva na sociedade brasileira, apontou como “nossa sociedade tem o fascínio pelos signos de prestígio e de poder, como se depreende do uso de títulos honoríficos sem qualquer relação com a possível pertinência de sua atribuição (o caso mais corrente sendo o uso de ‘doutor’ quando, na relação social, o outro se sente ou é visto como superior e ‘doutor’ é o substitutivo imaginário para antigos títulos de nobreza) (2000, p. 92).

O poder médico, portanto, não é somente aceito entre as profissões que atuam na saúde e reconhecem seu papel de executores diretos da atividade (MACHADO, 1996),

possuidores do processo assistencial e exclusivamente livres para atuar em qualquer ramo das atividades de saúde (PIRES, 1998); mas o é também a própria representação da relação de mandonismo que ele reserva. Em Queiroz (1976) encontra-se importante análise da substituição do coronel, mediante a crescente urbanização e declínio da agricultura, por outros representantes das camadas médias, como os profissionais liberais, que vão, à sua maneira, preservar a estrutura coronelista.

São verdadeiros mitos, reatualizados constantemente pela literatura, por exemplo, em romances como *Inocência*, de Visconde de Taunay, com a trágica história de amor entre a sertaneja e o doutor; ou, ainda, *Sinhá Moça*, de Maria Camila Dezonne Pacheco Fernandes, transformada primeiro em filme (1953) e exibida pela Rede Globo como telenovela em 1986 e em 2006. Isso sem mencionar o fascínio que seriados norte-americanos que abordam a temática médica exercem sobre o público em geral, como é o caso de *House*, em exibição no Universal Channel (TV fechada) e na emissora brasileira aberta Rede Record.

Dessa forma, em consonância com elementos presentes no mito fundador brasileiro (CHAUI, 2000) e com a própria ideologia da meritocracia, dominante no modo de produção capitalista, o modelo flexneriano encontrou terreno fértil para fincar suas raízes na medicina. Seu maior êxito está na profunda subordinação das demais profissões em relação à do médico: por mais que se justifique sua atuação e se desenvolvam competências técnicas e teóricas, serão sempre eles os grandes responsáveis pelo cuidado à saúde e que poderão, inclusive, decidir sobre o fazer profissional de determinadas categorias, como é o caso do polêmico Ato Médico.

Não negando o processo histórico e, nele, a constituição de arenas de disputa, todavia, a saúde encontrou outro modelo de organização do trabalho e da formação médica no que se denominou Modelo de Dawson. Este, apresentado a seguir, contrariando os elementos flexnerianos, foi capaz de polemizar e detonar um processo de revisão e crítica sobre o modelo vigente.

2.1.1 A Contraproposta: o Relatório Dawson

Em 1920, o médico inglês Bertrand Dawson elaborou um novo modelo de atendimento à saúde, totalmente contrário ao modelo flexneriano. Para ele, os serviços de saúde deveriam ser regionalizados para melhor atender às necessidades dos indivíduos e das

comunidades, ter um enfoque preventivo e contar com a presença de profissional médico generalista (MARSIGLIA, 1995).

As radicais diferenciações entre os dois relatórios remetem à própria conjuntura política, econômica e social de cada um dos países. Dawson fazia parte do Conselho Médico Consultivo do Ministério da Saúde inglês e, portanto, tinha uma relação forte com as demais políticas públicas no País – e por isso recomendou que as ações de saúde fossem articuladas com a Lei dos Pobres, que já vigorava desde o século anterior (RIBEIRO, 2002).

A Inglaterra, assim como a Europa como um todo, apresentou ao longo da história uma certa tradição e preocupação com a miséria e a proletarização de amplas camadas sociais – não por uma preocupação humanística e distributiva dos bens e da riqueza, mas por temer a organização dos trabalhadores e a emergência de revoluções sociais e classistas. Foi assim com a nova Lei dos Pobres em 1843 e com o relatório sobre o estado de saúde da população na Inglaterra, elaborado em 1848 por Chadwick, que embasou a primeira legislação sobre saúde pública naquele país, com enfoque para os conselhos locais de saúde, seguidos de conselho central de saúde (MARSIGLIA, 1995, p. 22).

Para Dawson, no início do século XX, a formação médica deveria ter outros parâmetros, como integração dos aspectos curativo e preventivo; formação generalista destinada ao atendimento individual e comunitário; acesso generalizado aos planos de saúde – há a indicação de que o Estado deveria ser o provedor e responsável pelas políticas de saúde e que “os serviços para as famílias deveriam ser regionalizados, partindo-se de um centro primário de saúde, com ações preventivas e curativas exercidas por um médico geral e integrados com centros de saúde mais especializados e hospitais, incluindo até as ações de reabilitações” (MARSIGLIA, 1995, p. 22). Este modelo influenciou o ensino médico inglês e o soviético e propiciou a estruturação da rede de serviços com unidades simplificadas de atendimento, constituindo uma rede de atenção primária, num determinado território. “Nesse sentido, destaca-se como um exercício de atenção primária à saúde, sustentado nas ações de promoção dos meios de prevenção das enfermidades, uma condição possível com a participação da população” (RIBEIRO, 2002, p. 16).

No âmbito mundial, em um contexto de crises econômicas e políticas pós-guerra (1945), em que a redefinição da ordem política e econômica internacional trouxe evidentes implicações para os países mais pobres e dependentes, gradualmente foram incorporadas mudanças no ensino médico. Pode-se citar como uma das principais motivações a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, que ficou conhecida como

Conferência de Alma-Ata (URSS, 1978), cujo objetivo era eleger a atenção primária como um caminho para alcançar a meta definida pela OMS: “Saúde para todos no ano 2000”.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante plena participação e a um custo que a comunidade pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do País, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, art. VI, 1978).

Posteriormente, em 1981, aconteceu a Conferência de Karachi, organizada pela OMS, que destacou a importância dos hospitais para o desenvolvimento e crescimento da atenção primária. De acordo com Marsiglia (1995), dentre as diversas atividades recomendadas nesta Conferência, podem-se apontar as seguintes: os hospitais deveriam ser regionalizados e deveriam ter um departamento de saúde da comunidade; os serviços deveriam promover programas de educação continuada para o pessoal dos hospitais, a fim de reorientar o enfoque hospitalar para o da saúde; deveria haver a participação da comunidade no processo de melhoria dos serviços hospitalares; deveria ser dado incentivo às pesquisas nos serviços de saúde; haveria a necessidade de adaptar os currículos formadores dos trabalhadores de saúde, privilegiando-se as necessidades de saúde das comunidades; e, finalmente, destacava-se a importância do diálogo contínuo das organizações nacionais e internacionais sobre o papel dos hospitais na atenção primária de saúde (MARSIGLIA, 1995, p. 24).

Conforme se pode observar, havia uma mudança em marcha no modelo de formação dos profissionais de saúde que teve nos relatórios de Flexner e Dawson suas primeiras sistematizações – com aportes e concepções diferenciadas, mas ambas na urgência da mudança no campo da formação, amparadas seguidamente por relevantes Conferências Internacionais que novamente apontaram a necessidade de reorganizar o modelo de formação dos profissionais de saúde, com enfoque na multiplicidade de atores e na articulação da promoção e do cuidado na saúde.

2.2 A trajetória da mudança do modelo de ensino dos cursos de saúde no Brasil

Com diferentes graus de adesão e influências em outros países, o modelo flexneriano ganhou maior incidência na América Latina, e consequentemente no Brasil. Para Schwartzman, o conceito de qualidade utilizado por Flexner no início do século presidiu a legislação da reforma universitária brasileira. O art. 1 da Lei 5.540, de 1968, rezava que “o ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes e a formação de profissionais de nível universitário”. O art. 2 dizia que “o ensino superior, indissociável da pesquisa, será ministrado em universidades e, excepcionalmente, em estabelecimentos isolados” (SCHWARTZMAN, 1996). Sendo assim, o que o referido *Relatório* apontou como “modelo ideal” para o funcionamento do ensino superior foi aceito e institucionalizado no Brasil.

Com forte influência da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 1950 foram criados no Brasil os departamentos de medicina preventiva, focados em programas sociais de higiene e prevenção, promovendo experiências extramurais e resultando na criação de Centros de Saúde-Escola (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

Esse movimento de reforma foi importante para desencadear uma série de propostas e estratégias para repensar a formação médica e a reorganização dos serviços de saúde. Segundo Canesqui, dentre as principais ideias estavam

a Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina de Família, seguidos de outros movimentos de formação do médico generalista que se desdobravam, nas décadas subsequentes, na formulação de novos projetos e propostas de reforma, como a Medicina Comunitária e depois a Integração Docente-Assistencial, seguida da Atenção Primária em Saúde e a atual Saúde da Família (CANESQUI, 2000, p. 28).

O movimento de expansão do número de escolas de medicina no Brasil (eram nove escolas em 1920 e em 1975 já havia 73 unidades de ensino) foi concomitante ao aumento das preocupações quanto à qualidade do ensino oferecido e à formação dos profissionais de saúde.

Conforme aponta Marsiglia, em 1967 uma pesquisa realizada por Juan César García sobre as características da educação médica na América Latina indicou, dentre outros elementos, a falta de planejamento na formação de recursos humanos para a saúde. Em 1973 o então Ministério do Trabalho e da Previdência Social propôs a inserção dos alunos nos hospitais previdenciários e postos de assistência médica, medida que foi apoiada pela Associação Brasileira de Educação Médica, sobretudo porque respondia ao problema de falta de articulação entre o sistema formador e os serviços de saúde – e, ainda, à realidade de

muitas faculdades de medicina que não possuíam hospital de ensino (MARSIGLIA, 1995, p. 27).

De forma gradual e tímida, foi se estabelecendo um diálogo entre as instâncias gerenciais dos serviços de saúde e as instituições formadoras. De certa forma, a proposta de utilização dos serviços públicos de saúde para as atividades práticas das escolas de medicina permitiu que o enfoque do ensino fosse se alterando paulatinamente, ao propiciar aos graduandos um contato com a realidade da sociedade brasileira e ir provocando mudanças em direção à maior abertura às necessidades e possibilidades da saúde pública. Isto, porém, de maneira endógena e buscando uma reorientação interna do trabalho médico, sem muita preocupação com os serviços e com uma possibilidade de articulação entre eles.

Ainda nessa direção, por intermédio da Opas e de outros organismos internacionais, o ideário da medicina comunitária começava a ser disseminado no país por influência da experiência norte-americana.

A proposta da Medicina Comunitária, por sua vez, surge nos Estados Unidos, na década de 1960, sob a forma de extensão do cuidado médico aos grupos sociais que dele se encontravam excluídos. Desenvolve-se valendo-se de princípios elaborados da Medicina Integral e da Medicina Preventiva e tem, como seu projeto central, uma estratégia de prestação de serviços à população (CYRINO, 2002, p. 21).

É importante ressaltar que esse era um momento de grande presença do capital estrangeiro no País, o qual, além do aporte financeiro, era um grande influenciador e orientador das políticas públicas. As ideias desenvolvimentistas desse período tinham forte inclinação para o trabalho com as comunidades mais pobres, quer seja na prestação de serviços ou na cooptação das comunidades sob o discurso da participação popular.

A presença das organizações internacionais não foi harmoniosa, traduzindo-se em conflitos de conotação político-ideológica, que fatalmente apontavam para a cisão em dois grupos: de um lado, aqueles que estavam vinculados aos Estados Unidos, fortemente criticados como manipulados e manipuladores pelas políticas neocolonizadoras norte-americanas; de outro, um grupo vinculado à ideia de construção de um pensamento da educação médica essencialmente latino-americano, acusado de ser um instrumento da política externa cubana (ALMEIDA, 2001, p. 45). Emergindo nos debates políticos da época, que não se esgotaram tão facilmente, de forma que muitos deles persistem até hoje, continua forte a presença norte-americana nas políticas sociais.

No Brasil, a medicina comunitária foi difundida a partir de 1970 e tornou-se, inclusive, um espaço de resistência e de crítica ao modelo ditatorial da época, reunindo importantes

intelectuais e formadores de opinião que passaram a utilizá-la como campo para a politização da saúde. Diante da impossibilidade conjuntural de discussões mais profundas acerca dos mecanismos ocultos por trás da ideia de “comunidade”, havia um primeiro “encantamento” com a disciplina, que seria questionada mais tarde como parte de um movimento de manutenção da estrutura, encobrindo as desigualdades sociais e a lógica do governo de realizar baixos investimentos sociais, entendimento que fez parte de um contexto referente ao momento político e econômico do País.

Sob o manto do “milagre econômico” o País viveu um crescimento econômico que, embora guardasse seu lado perverso (acirramento da concentração de renda, aumento da dívida externa, ausência de democracia, dentre outros) e associado a uma ideologia ufanista, garantiu um clima de confiança e otimismo no País, desmontado somente a partir segunda metade da década de 1970.

Dessa forma, no bojo das inquietações políticas e econômicas do País, foram fundadas as bases para o Movimento da Reforma Sanitária, no qual se iniciou uma discussão sobre a reformulação do sistema de saúde, ancorado nos princípios de universalização dos direitos, descentralização e controle social sobre a saúde, dentre outros. O Movimento de Reforma Sanitária ganhou forças e contribuiu para o questionamento da formação dos profissionais como condição *sine qua non* para a construção de um novo modelo de saúde.

Sendo assim, foi na década de 1970 que as experiências “extramuros” ganharam espaço na discussão das mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde, associadas a movimentos maiores no âmbito governamental, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (1977), PrevSaúde (1980), Ações Integradas de Saúde (AIS, 1984) e SUS (1988) – que se refletiriam nas mais variadas propostas de reformulação dos currículos universitários para a formação de recursos humanos, de acordo com os princípios discutidos na Reforma Sanitária (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2000).

Concomitantemente, em âmbito mundial se realizavam vários encontros que contribuíram para a atualização da relação ensino e serviços na agenda dos organismos internacionais: II Plano Decenal de Saúde das Américas (1972), que teve seu desdobramento no ano seguinte, com a recomendação da OMS de uma efetiva participação da população nas decisões sobre a política de saúde; XXII Reunião do Conselho Consultivo da Opas, em que foram definidas as funções das universidades no trabalho de orientação e promoção de ativa participação da comunidade, destacando a necessidade de articular ensino e serviço (REDE UNIDA, 2005). A seguir, ainda na década de 1970, foi realizada a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, que estimulou as

experiências no campo da atenção primária, reforçando os Departamentos de Medicina Preventiva e as atividades fora do serviço escola (CHAVES; KISIL, 1999).

Deve ser destacado também, de acordo com Nunes (2007), que as experiências brasileiras mencionadas acima aconteceram no bojo da ditadura militar, portanto, foram marcas de um movimento progressista na saúde pública brasileira, que teve como mote central a luta democrática pensada no contexto de uma “nova saúde pública” e de uma “nova educação na saúde”. Fizeram parte desses processos, trabalhadores, instituições escolares, associações e outros, que se tornaram atores fundamentais e que, paulatinamente, foram possibilitando uma nova identidade para a saúde pública brasileira.

Longe de se constituir em um caminho errático de jovens profissionais, a relação entre instituições, pessoas e entidades foi, aos poucos, possibilitando a estruturação de projetos que renovam as instituições e as pessoas, constituindo uma massa crítica de profissionais formados para atuar nessa realidade, problematizada e reconstruída com a atuação do próprio movimento (NUNES, 2007, p. 14).

Um dos efeitos dessa atuação foi a instituição de uma nova intelectualidade capaz de refletir e propor ações na direção almejada e ir, por intermédio da socialização da produção pensada e vivida, influenciando na formação e identidade das profissões que atuam na saúde e sua relação com os serviços.

Nesse sentido é que as experiências “extramuros” aqui debatidas, limitadas e bastante pontuais, permitiram que novas propostas se configurassem, como as de Integração Docente-Assistencial (IDA), numa tentativa de integrar os hospitais de ensino ao sistema de saúde (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

2.3 A experiência da Integração Docente-Assistencial (IDA)

A década de 1970 trouxe contribuições para o movimento de mudança na relação ensino/serviços da área médica. Dois acontecimentos podem ser considerados fundamentais nesse processo. O primeiro, de caráter internacional, remete-se ao II Plano Decenal de Saúde das Américas (1972), que elegeu os recursos humanos como peça-chave para a atenção médica integral (ALMEIDA, 2001).

Nesse sentido, posteriormente (em 1979) foi firmado, no Brasil, o Acordo Opas/MS/MEC/MPAS, que estabeleceu o Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde no País com o intuito de reforçar os processos de integração docente-assistencial (BARBIERI, 2006).

Nesse acordo, foi reconhecida a indissociabilidade e o caráter intrínseco do ensino das profissões de saúde e a prestação de serviço à comunidade, assim como a existência de outras “experiências de envolvimento entre instituições de ensino e de prestação de serviço, mas que seriam mais bem definidas como programas de extensão do ensino em ambiente extramural da escola do que processos e integração docente-assistencial” (MARSIGLIA, 1995, p. 47).

Dessa forma, a proposta da IDA respondeu a uma necessidade dos atores fundamentais no processo de formação de recursos humanos para a saúde: as faculdades, sobretudo os departamentos de medicina preventiva, os serviços de saúde e a população. Após a crítica já elaborada, as formas experimentadas de atividades “extramuros” – quer seja no campo da medicina comunitária, quer na função de extensão universitária –, servem de fundamentação para a Integração Docente-Assistencial.

Os pressupostos que deram origem à experiência IDA, por um lado, partiam da avaliação das propostas anteriores e projetavam um novo modelo de articulação entre ensino e serviço; por outro, polemizaram a questão das universidades e sua função social. Assim, as funções da universidade (ensino, pesquisa e extensão) foram discutidas e o ensino “extramuros”, tradicionalmente vinculado à extensão universitária, passou a ser questionado, tendo em vista que as vivências no campo da extensão apontavam para uma perspectiva da comunidade como sujeito passivo ou ator coadjuvante, sempre à margem das ações. A proposta IDA pretendia estabelecer uma relação orgânica que reconstruísse a ideia fragmentada que o tripé da universidade construiu.

Se se considera esta separação falaciosa (ensino, pesquisa e extensão), a extensão universitária é uma expressão redundante, pois se a Universidade fosse um espaço público – centro de reflexão, de criatividade e de verdadeira integração entre ensino, pesquisa e assistência sobre os problemas colocados pela sociedade, sejam eles tecnológicos, científicos, socioeconômicos e políticos, ou mesmo éticos –, ou se fosse “uma casa aberta ao tempo”, aberta a todos, indivíduos e/ou grupos sociais, que buscam conhecimentos, informações necessárias para o desenvolvimento de suas potencialidades, não haveria o que estender (IYDA, 2002, p. 223).

Conforme aponta Marsiglia, em documentação expedida pelo MEC às universidades no sentido de apoiar e adotar os desafios da proposta IDA, realça-se que “ela exigia modificações conceituais, estruturais e estratégicas profundas, ‘contrariando o clássico conceito de ensino/pesquisa e extensão tão ao sabor da universidade brasileira’” (MARSIGLIA, 1995, p. 48).

Sendo assim, há um questionamento daquelas que seriam as funções tradicionais da Universidade, que vão perdurar até hoje no contexto do ensino superior. Essa leitura da fragmentação das atividades da universidade, bem como as contradições entre tais funções e a

realidade que as mesmas ocultam – a persistência do caráter elitista e endógeno da universidade – nortearam os debates sobre a relação ensino-serviço em uma perspectiva diferenciada do discurso extensionista presente na época.

A universidade deveria estar integrada com o sistema de saúde de forma permanente e não apenas utilizar os serviços para a prática de ensino e os “Distritos Docentes Assistenciais” deveriam ser desenvolvidos como parte do PrevSaúde e do Programa IDA (MARSIGLIA, 1995, p. 48).

Partindo dessa concepção e entendimento da relação ensino-serviço, é na década de 1980 que a proposta IDA ganhou maior fôlego na direção estabelecida no documento (Acordo Opas/MS/MEC/MPAS), de maior articulação das faculdades de medicina, enfermagem, odontologia e outras com os serviços de saúde. “Os projetos IDA tinham por sua vez apoio de projetos de tecnologia educacional e de administração de saúde. De certa maneira, estes projetos buscavam propor modelos viáveis e factíveis que articulassem as inúmeras propostas de mudança no setor saúde” (CHAVES; KISIL, 1999, p. 6).

Para cumprir tal função, a proposta IDA contou com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, que já possuía uma larga participação no continente latino-americano, sobretudo nas áreas de saúde¹⁵, educação e desenvolvimento rural.

Até meados dos anos 50, a transmissão dos modelos de educação médica estrangeiros – no início europeus e posteriormente norte-americanos – realizava-se por meio da ida e vinda de missões especiais, constituídas por professores e dirigentes universitários. A partir de 1955, a influência passou a ser exercida por intermédio da participação de representantes dos organismos internacionais, destacadamente da Opas e de fundações norte-americanas, em reuniões nacionais e regionais (ALMEIDA, 2001, p. 43).

A Fundação W. K. Kellogg foi criada em 1930 e seus recursos advêm das ações da companhia Kellogg, pioneira na fabricação de cereais matinais, e de outros investimentos destinados para o fundo sob curatela da Fundação. A Fundação acredita ser sua missão: “Ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas” (FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG, 2010).

A atuação da Fundação no Brasil data de 1940, quando expandiu sua atuação para além dos Estados Unidos. Suas primeiras incursões no País se deram na concessão de bolsas de estudos individuais para treinamento de pessoal em algumas instituições, dando prioridade, inicialmente, às disciplinas básicas de formação médica. Posteriormente, em 1950, as ações se dirigiram no sentido de fortalecimento das instituições (REDE IDA/BRASIL, 1987), como as escolas de saúde pública de São Paulo, México e Santiago do Chile, além de impulsionar a criação de novas escolas (CHAVES; KISIL, 1999, p. 4).

15 Sobre a influência de organizações norte-americanas na formulação de mudanças na formação dos profissionais de saúde, ver Feuerwerker (2002).

A Fundação Kellogg se constituiu, portanto, num importante ator na América Latina no processo de mudança na educação dos profissionais de saúde. Embora, atualmente, novas propostas se inscrevam na agenda da formação profissional e sejam mais comuns avaliações das experiências IDA, elas foram muito importantes, pois, além de estimular de fato alterações no modelo de ensino, provocaram um amplo debate acerca da temática e agregaram sujeitos dispersos nos mais variados departamentos e áreas do conhecimento – esta foi uma das maiores contribuições da proposta (MARSIGLIA, 1995).

Para Almeida, a temática da “integração docente-assistencial” e as relações entre instituições educativas e de serviços foi reiteradamente discutida nos anos 70 e 80. “Constituiu uma das tendências da área de formação de recursos humanos na América Latina e foi levada em conta como critério essencial no planejamento de muitas mudanças educacionais” (2001, p. 46).

A IDA foi um importante catalisador das propostas de mudança na formação dos profissionais de saúde, sobretudo aquelas relacionadas à atenção básica, numa tentativa de responder às necessidades de aproximação entre serviços e universidade, tendo em vista melhor atender à comunidade.

Foram realizados vários encontros e ações que buscavam efetivar a proposta IDA e, assim, em 1985 se chegou à Rede IDA, como uma estratégia de socialização das experiências, espaço de informação e debate, comunicação entre os diferentes projetos, portanto, um momento de complementaridade. Na avaliação de Marsigila

O papel que a Rede IDA/Brasil vem desenvolvendo desde a sua criação em 1985 tem sido fundamental não só como apoio para cada experiência, mas também como oportunidade de integração e troca entre elas. O caráter de relações horizontalizadas entre os programas que dela participam e a existência de uma coordenação para encaminhar as proposições do grupo são bastante valorizados pelos participantes (MARSIGLIA, 1995, p. 115).

A partir de 1985 foram realizados vários encontros nacionais da Rede de projetos IDA/Brasil¹⁶, que foram importantes para o fortalecimento da proposta IDA e dos diferentes projetos, por intermédio da sistematização dos trabalhos que vinham sendo desenvolvidos. A Rede IDA permitiu maior organização, seja por iniciativas operacionais imediatas, como a divisão dos trabalhos por sub-redes (que englobavam desde a saúde da criança até a participação popular), seja pela articulação de importantes atores que, posteriormente, fariam parte do Movimento da Reforma Sanitária e da luta pelo Sistema Único de Saúde.

¹⁶ Dentre eles, o I Encontro Nacional da Rede de Projetos IDA/Brasil, Ouro Preto-MG, 1986; II Encontro de Coordenadores de Projetos da Rede IDA/Brasil, Belo Horizonte-MG, 1987; III Encontro de Coordenadores de Projetos da Rede IDA/Brasil, Friburgo-RJ, 1988; I Congresso Nacional da Rede IDA e I Encontro de Coordenadores de Sub-Redes, Rio de Janeiro-RJ, 1989 (BARBIERI, 2006, pp. 49-55)

Na década de 1990, passados mais de dez anos da experiência IDA no Brasil, um conjunto de estudos e avaliações sobre a proposta começou a apontar suas contribuições, mas também algumas fragilidades.

Tendo por base as críticas dos próprios assessores dos projetos e organismos financiadores (dentre eles a Fundação Kellogg), críticos apontam que a IDA

revela-se uma forma efetiva de racionalizar o uso de recursos; contribui para a formação de uma massa crítica de líderes nos setores de educação e saúde; propicia o desenvolvimento do trabalho em equipe; contribui para desmistificar a exclusividade da atenção hospitalar. Algumas debilidades da proposta são: por ser inovadora, é desestabilizadora, sendo elevado o risco de rechaço por parte das estruturas tradicionais; sua dependência de líderes carismáticos; probabilidade de ser encarada como atividade marginal, pois envolve, na maior parte das experiências, apenas certos setores da escola médica, geralmente os departamentos de [saúde] preventiva; o fato de ser excessivamente acadêmica; o de apresentar desenvolvimento insuficiente de novos modelos de práticas; dependência de recursos externos; ausência ou precariedade de processos de autoavaliação (KISIL; CHAVES *apud* ALMEIDA, 2001, pp. 47-8).

As décadas de 1970 e 1980 foram palco de várias discussões e experiências advindas da medicina comunitária, geral e de família, da IDA, as quais foram amplamente estudadas e abriram novas possibilidades para o movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde.

Estudos avaliativos apontaram para a realidade de que as propostas de ensino “extramuros”, no Brasil, aconteceram de modo marginal, paralelo ao movimento hegemônico e dependente de conjunturas favoráveis. No entanto, tais experiências se tornariam terreno fértil para as novas propostas que surgiram na década de 1990.

2.4 A proposta UNI – “Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade”

Partindo das avaliações anteriores (1980) e da conjuntura dos países latino-americanos, que saíam de experiências ditatoriais e buscavam redefinir seus sistemas de saúde – por exemplo, no caso do Brasil, a construção do SUS –, a Fundação Kellogg, objetivando reafirmar a articulação entre ensino e serviço e sua ligação com a comunidade, lançou uma nova proposta para as universidades latino-americanas: “Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade”, que foi chamada de UNI.

A proposta UNI, dentre outros objetivos, buscava solucionar um problema identificado nas experiências IDA: a limitada participação da população nos projetos, que quando se

efetivavam ainda tinham um caráter muito utilitarista e tímido. Assim, a Fundação Kellogg, juntamente com a Opas, passou a incentivar os UNI, paralelamente às experiências IDA.

Em síntese, podemos dizer que o Programa UNI está assentado sobre uma sólida base de trabalho, reuniões e projetos realizados no período de 1950 a 1990. Convém mencionar que na década de 90 houve um ressurgimento do interesse na educação médica, representado por acontecimentos tais como: uma segunda Conferência de Edimburgo (WHO, 1993), o Encontro Internacional de Educação Médica (OPS, 1997), um novo programa da OMS (WHO, 1991) e, no caso do Brasil, a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM, 1997) (CHAVES; KISIL, 1999, p. 8).

Nesse contexto, em 1991, em San José, Costa Rica, o Programa UNI foi anunciado em uma reunião da Fepafem e foram enviadas 800 cartas-convites para universidades latino-americanas. Nessas cartas eram apresentadas as informações mais gerais sobre o programa e as primeiras providências a ser tomadas pelas universidades candidatas, como a carta de intenção e um pré-projeto.

Nesse documento inicial deveria estar claramente definida a adesão das instituições aos princípios gerais do Programa, seu compromisso em alocar uma equipe para atender às atividades iniciais de formulação de uma proposta definitiva, e seu compromisso de mudança institucional para garantir uma efetiva parceria entre serviços, universidade e comunidade. Antecipava-se que os projetos aprovados teriam uma duração de três anos, e que deveriam ser multiprofissionais, incluindo como mínimo escolas de medicina e enfermagem e estimulando a participação de outras escolas da área da saúde. Deveriam ser bem explícitos os outros dois componentes do projeto: o de serviços e o comunitário (CHAVES; KISIL, 1999, p. 12).

Foram recebidas quase 150 pré-propostas e selecionadas 15 cartas de intenção. No Brasil, inicialmente, foram selecionadas quatro instituições: Unesp (Botucatu), UNB (Brasília), UEL (Londrina) e Faculdade de Medicina de Marília - Fundação Municipal (Marília), que passaram pela fase de “Desenvolvimento de modelos e propostas”(CHAVES; KISIL, 1999, p. 66). Para assessorar as instituições e contribuir na elaboração do projeto final, foram realizadas várias oficinas e encontros, e em julho de 1992 a versão final das propostas foi enviada para a Fundação Kellogg. Foram aprovados 15 projetos, e em 1993 um segundo grupo de oito projetos a ser iniciados em 1994, constituindo-se, assim, 23 projetos UNI¹⁷.

Quanto à presença brasileira no segundo grupo de projetos, acrescentaram-se mais duas instituições, dessa vez, do Nordeste: Universidade Federal da Bahia (Salvador) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal).

¹⁷ “A distribuição geográfica dos projetos abrange 11 países, cruzando a América Latina, de Monterrey, no México, a Temuco, no Chile, na direção norte-sul e de Natal, no Brasil, a Colima, no México, na direção leste-oeste” (CHAVES; KISIL, 1999, p. 13).

Conforme já exposto, os projetos UNI se propuseram a realizar uma série de inovações no modelo assistencial, na formação de recursos humanos e na articulação dos serviços com a comunidade. Para Feuerwerker e Sena (1999), os UNI se constituíram como projetos de desenvolvimento social na medida em que investiram nas comunidades como atores sociais dotados de saberes, histórias – e, embora não desprivilegiasse as lideranças, teve como horizonte alcançar a comunidade como um todo. Da mesma forma, a universidade e os serviços de saúde foram redimensionados, e com uma particularidade: a ideia matriz de parceria.

A presença deste conceito – a parceria – traduzido, em sentido amplo, como alianças políticas com fins específicos, demonstra ser generalizado o entendimento de que as mudanças na educação médica, dependendo do seu plano de profundidade, implicam mudança nas relações de poder, na correlação de forças políticas e lutas contra-hegemônicas (FEUERWERKER, 2002, p. 64).

Para Almeida, são relevantes a Conferência Integrada Universidade Latino-Americana e a Saúde da População (Havana, 1991) – que teve forte caráter multiprofissional e interdisciplinar, bem como se caracterizou como um momento de sistematização e reflexões sobre a realidade da educação médica até então – e a II Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1993), que por sua vez, fez uma análise crítica ao excessivo enfoque às dimensões educacionais (curriculares), à extensão dos espaços institucionais de formação e outros. Ambos os eventos serviram “para acumular conhecimentos e recursos de poder por parte de atores do movimento latino-americano de educação médica. Trata-se de acontecimentos que possibilitaram a construção e/ou divulgação das propostas de mudança” (ALMEIDA, 2001, p. 50).

Associado a esses eventos internacionais e suas demandas, estudo realizado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), em 1991, revelou que 96,25% das escolas médicas no Brasil ainda adotavam o “modelo biomédico na formação, centrado na concepção biológica da doença, na prática e instrumental do trabalho clínico, relegando os fundamentos da saúde pública e das ciências sociais à margem desse processo, dicotomizando o individual e o coletivo e o curativo/preventivo” (CANESQUI, 2000, p. 38).

Tais questões contribuiriam para que novas propostas de mudança aflorassem, com perspectivas mais multiprofissionais, humanizantes e participativas. Ao mesmo tempo, buscou-se não perder aquilo que já vinha sendo construído no campo da formação médica – as propostas seguintes, com destaque para os UNI, mais que iniciativas isoladas, possuíam uma

característica de continuidade e ruptura. Continuidade porque não negavam os movimentos anteriores e suas contribuições, ruptura porque buscavam, por meio de uma análise crítica dessas experiências, vencer os obstáculos identificados e preencher lacunas importantes, quer seja na metodologia do trabalho, quer nos seus princípios, quer nas suas metas.

Para Chaves e Kisil, a proposta UNI surgiu a partir de vários movimentos em curso na América Latina: a IDA, a consigna *Saúde para todos no ano 2000* e a Declaração de Alma-Ata e, por último, o desenvolvimento comunitário, que sempre foi preponderante, ora mobilizado pelas universidades, ora pelos serviços de saúde (CHAVES; KISIL, 1999, p. 8).

Com as informações anteriores, que permitiram a visualização das necessidades no campo da formação dos profissionais de saúde, em 1990, em Atibaia (SP), a Fundação Kellogg, por meio de seus consultores e *staff*, estabeleceu aquilo que seria a base dos programas UNI e que serviria como norte para a futura formulação dos projetos.

Uma primeira consideração é que os programas UNI deveriam ser adotados pelas escolas de saúde, e não por cursos isolados, o que contribuiria para a construção de um projeto de mudança na universidade que contemplasse o princípio da articulação ensino-serviço e comunidade.

Cada escola poderia organizar seu projeto de acordo com suas particularidades locais e regionais, porém era imprescindível “a base epidemiológica, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço” (FEUERWERKER, 2002, p. 60).

Para os UNI, os cursos de graduação em saúde deveriam qualificar o profissional para os três níveis de atuação profissional (primário, secundário e terciário), e não somente no campo clínico, mas na capacidade de gerir os serviços dentro dos princípios da gestão moderna, aqui se destacando a ideia do controle e da participação social. Também deveriam investir na sistematização e na construção do conhecimento, por intermédio de estudos e pesquisas. Por fim, deveriam fortalecer os diferentes atores, com destaque para a comunidade.

Os projetos UNI têm dois grandes tipos de objetivos. O primeiro é o desenvolvimento de modelos de ensino-aprendizagem, prestação de serviços de saúde aos indivíduos, melhorias ambientais e práticas de autocuidado em nível pessoal, familiar ou comunitário.

O segundo tipo de objetivo é o desenvolvimento de líderes, tanto para a gestão de projetos tripartites quanto para as inúmeras modificações, reajustes e inovações a serem feitas gradualmente nos componentes de cada projeto (CHAVES; KISIL, 1999, p. 10).

Pela análise dos diferentes textos produzidos (FEUERWERKER, 2000; FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002; FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991; CHAVES; KISIL,

1999) observa-se que os projetos UNI previram modificações no campo da ação pedagógica envolvendo o desenvolvimento de conteúdos (como a gradual superação da separação entre ciclo básico e profissional); a forma como se articulava efetivamente ensino/serviço (variedade de locais de ensino/aprendizagem, treinamento em serviços e atuação em equipes multiprofissionais); novas metodologias de ensino (como a aprendizagem baseada em problemas, o estudo autodirigido e o ensino tutorial, por exemplo) e a efetiva participação da comunidade (desenvolvimento de lideranças, empoderamento, autocuidado, dentre outros).

Conforme se pode observar, desde o início o UNI representou um projeto audacioso e com grandes e importantes metas a cumprir. Embora a conjuntura da década de 1990 fosse favorável para tal empreitada, tendo em vista que nesse período houve uma retomada do interesse pelas mudanças necessárias na formação médica no Brasil (ALMEIDA, 2001), os princípios e metas do projeto representavam um grande desafio, sobretudo porque, além de atitudes inovadoras, o projeto previa formas novas (e, em certo ponto, inéditas) de pensar e propor a formação profissional na saúde, envolvendo mudanças pedagógicas, organizacionais e também comportamentais.

A nova relação que se propunha com os serviços (como indispensáveis atores, com saberes acumulados e capazes, inclusive, de contribuir com a formação dos futuros profissionais) confrontava-se com a tradicional maneira de visualizá-los – serviços pobres para pobres. Nesse sentido,

As falhas ou deficiências observadas na prestação de serviços assistenciais fora do hospital de ensino deveriam servir de base para a programação de educação permanente do pessoal de serviços. Potencialmente também deveriam alimentar ajustes, revisões e reformas curriculares, já que muitas vezes as deficiências identificadas poderiam ser fruto da orientação da própria graduação (FEUERWERKER, 2002, p. 61).

Da mesma forma, o tratamento dado à comunidade diferia totalmente da concepção anterior, que a visualizava somente como um lugar onde estavam as demandas, ou mesmo onde estavam os doentes. O fortalecimento da comunidade e sua eleição como um dos pilares fundamentais para as mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde – e, conseqüentemente, na própria condição de saúde das comunidades – revela uma nova compreensão e uma nova forma de dialogar com esta.

A organização comunitária, que conduza à autogestão e à aquisição de poder pela comunidade (*empowerment*) é condição necessária para que haja uma participação efetiva nos projetos e deve ser estimulada e apoiada.

A noção de autorresponsabilidade, decorrente da anterior, leva à de autocuidado da saúde, que é básico para o êxito dos projetos. O autocuidado deve ser entendido como envolvendo, conforme a ação necessária, o indivíduo, a família e a comunidade (CHAVES; KISIL, 1999, p. 11).

O estudo avaliativo de Barbieri (2006) aponta que o projeto UNI, mesmo tendo terminado formalmente, deixou uma grande contribuição, sobretudo no Brasil: embora algumas instituições não tenham tido muito êxito, aqui foi onde seus impactos foram maiores, seja no fortalecimento das organizações comunitárias, seja na abertura de espaços para discussões mais políticas sobre questões diversificadas. A avaliação de Chaves, Feuerwerker e Tancredi apontou na mesma direção:

O desenvolvimento do ideário UNI nos projetos cria terreno propício para uma mudança de escala, já em nível institucional, representada pela passagem do objetivo saúde para o atendimento à constelação de necessidades humanas, que, em outras palavras, representa o objetivo maior: qualidade de vida. O trabalho iniciado com os UNI criou espaços e possibilidades para a constituição de sujeitos, dotados de projetos coletivos construídos com base na solidariedade e na razão comunicativa, indispensáveis para uma outra qualidade de vida (CHAVES; FEUERWERKER; TANCREDI, 1999, p. 182).

Outro importante desdobramento do projeto UNI foi a efetivação da Rede Unida no Brasil, que tem se caracterizado como um importante ator nas discussões sobre a formação dos profissionais de saúde.

2.5 Rede Unida: um novo ator na busca de um novo cenário

Atualmente, qualquer estudo sobre gestão em saúde aponta para a necessidade do trabalho em rede. A noção (cada vez mais presente) de incompletude tem feito com que o trabalho em rede seja visualizado como uma exigência para qualquer tipo de atividade, na perspectiva de construção de vínculos horizontais, ancorados em princípios democráticos e na ampla participação negociada e propositiva.

Dessa forma, em um contexto de globalização da economia, aliado aos avanços no campo da tecnologia (com destaque para a informática), o conceito de rede tem se demonstrado um elemento estratégico no trabalho em qualquer instituição e para qualquer área.

O novo conceito de rede ganha complexidade, pois não são suficientes apenas o compartilhamento de objetivos comuns e a adesão a certos procedimentos tecnológicos, normativos e processuais. Há, igualmente, a exigência de uma adesão comprometida e de sintonia de expectativas e valores culturais entre os agentes e organizações que a compõem. Por isso mesmo, observa-se que as redes modernas mantêm-se num processo contínuo de busca de legitimação através de fluxos ativos de informação e interação (GUARÁ; CARVALHO, 1995, p. 14).

Em uma tentativa de classificar os tipos de rede, Sanicola (2008, p. 27) agrupou-as em quatro orientações metodológicas: como orientação terapêutica, que pode ser utilizada em um sentido clínico; como unidades de oferta ou recursos, estabelecendo uma organização em rede tanto de serviços como de pessoas; como *community care*, em uma perspectiva mais comunitária, com ampla utilização do terceiro setor; e, por fim, como intervenção de rede com enfoque nas redes naturais do sujeito.

Para a reflexão sobre a Rede Unida, a orientação metodológica de projeto de organização dos recursos em rede auxilia a problematizar tanto a sua formação como sua contribuição. Para a autora acima mencionada, antes de qualquer ação propriamente dita, é preciso compreender o território, entendido como o local onde atuará a rede, e suas características particulares, que apontaram os problemas e também os serviços e recursos disponíveis para o trabalho.

Como trabalho social de rede, prevê um movimento contínuo de circulação, comunicação e conexão de diversas naturezas, que aciona uma rede de recursos e a organiza em um sistema-agente (como equipe) em uma direção única (com o sistema de serviços). Portanto, esse tipo de rede pode ser visualizado como “instrumento de leitura da realidade e produto final do trabalho social”, capaz de ações e estratégias imbuídas de relações significativas entre seus atores (com as pessoas, com os serviços e com o território em que está envolvido) e uma função própria do operador de rede, ora como ordenador e construtor de redes, ora como coordenador e mediador dos recursos e serviços que já existem (SANICOLA, 2008, pp. 36-7).

Nesse sentido, os Programas UNI entenderam que seria importante aproveitar o espaço da Rede IDA, mas também trazer e implementar modificações na sua concepção e forma de trabalho. “E, sobretudo, vinham propor à Rede a ideia de passar a ser um ator político, que interviesse ativamente nos cenários das políticas de saúde e de educação” (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p. 174). Para isso, a proposta era de que a Rede se adequasse à realidade do SUS, incorporando não só projetos, mas pessoas e instituições, atuando de acordo com o paradigma do trabalho em rede.

O conceito e o paradigma do trabalho em rede permitem que os agentes e atores sociais implicados desenvolvam uma cooperação, conservando sua individualidade e autonomia. A ação em rede, efetivamente, dá espaço a uma forma de integração que permite que as diferenças sejam preservadas. A rede constitui uma construção social e organizacional na qual é possível realizar o máximo de integração com o máximo de diferenciação entre formal e informal, entre processos comunitários, mercado, Estado e terceiro setor (SANICOLA, 2008, p. 76)

Respeitando parte dessas características, foram realizadas várias oficinas e encontros para fomentar a discussão; em 1996, em Salvador (BA), por ocasião do Seminário Nacional, reuniram-se o Conselho Consultivo da Rede IDA e representantes dos seis projetos UNI do Brasil para construir um programa das mudanças na formação de RHs e na possibilidade da junção desses atores em um sujeito político mais forte e atuante nas questões educacionais, sobretudo no campo da saúde. Fundava-se assim a Rede UNIIDA (BOLETIM INFORMATIVO, 1996).

A Rede passou a se chamar Rede UNIIDA e estabeleceu uma agenda de trabalho que mesclava aspectos para o fortalecimento da rede (internos) e outros que poderiam ser espaços de intervenção da rede. A metodologia utilizada para isso foi o planejamento estratégico situacional. De acordo com Sanicola (2008, pp. 64-7), o planejamento é um dos níveis de estruturação do trabalho em rede, somado ao nível institucional (as normas e legislações vigentes sobre a formação de redes pode reduzir ou não sua aplicabilidade); outro nível é o organizacional, que também está vinculado a normatizações de diversas ordens (como do Estado), porém possibilita iniciativas diversificadas, que permitem flexibilidade e proximidade com realidades e problemáticas vivenciadas pelos envolvidos.

O planejamento está contemplado no nível projetional e no nível operacional; no primeiro está a configuração de um projeto de dimensão coletiva em favor de determinado segmento ou em uma intervenção específica “que pressuponha a exigência de uma parceria viabilizadora de recursos com entidades estatais, sem fins lucrativos ou comunitárias, que identifiquem objetivos comuns e atuem em conjunto para enfrentar um problema ou uma necessidade emergencial” (SANICOLA, 2008, p. 66); no nível operacional estão as ações propriamente ditas em torno de uma situação real e a definição das intervenções individuais de cada membro da rede. Nesse sentido, merece destaque o papel do operador e sua capacidade de dar flexibilidade, agilidade e resolubilidade à rede, sendo seu produto final resultado das convicções pessoais e profissionais de seus operadores.

A formação da Rede Unida é expressão desse comprometimento com o debate democrático entre os seus membros. Em 1997, no III Congresso Nacional da Rede UNIIDA, efetivou-se a junção e a Rede passou a denominar-se Rede Unida. Nesse momento, foram apresentadas algumas alterações: incorporaram-se ao Conselho Consultivo representantes de segmentos comunitários, polos de capacitação em saúde da família e serviços de saúde. Também se identificou o ideário comum da rede em três planos: formação de RH, transformação do modelo assistencial e participação social (BARBIERI, 2006, p. 74). A Rede

UNIIDA procurou, dessa forma, atender às exigências do que de fato se caracterizava como rede.

Espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre universidades, instituições de ensino e pesquisa, serviços, comunidade, constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p. 175).

Dessa forma, são fundamentais as redes para dar sustentação aos sistemas. No entanto, Sanicola (2008, p. 77) ressalta que as redes sociais estão em constante mutação, com fluxo contínuo de entrada e saída de pessoas, reforço e enfraquecimentos de seus laços.

Merece uma nota a presença do serviço social na Rede Unida. Para Docente/pesquisadora, um dos sujeitos da pesquisa de campo realizada para esta tese, no serviço social a Rede Unida “*é uma ilustre desconhecida*”, por falta de engajamento da profissão nesses espaços. São poucos os assistentes sociais que fazem parte da Rede Unida. Vera Maria Nogueira, outro sujeito desta pesquisa, participou ativamente da Rede, estando hoje afastada, e também demonstrou em seu depoimento o distanciamento que a profissão tem mantido em relação a esses espaços, resultado da falta de divulgação, alegando “não tenho notícia, não se fala, ninguém fica sabendo”. O serviço social tem investido pouco nesses espaços de interlocução com a saúde, sobretudo naqueles relacionados à formação profissional, como a Rede Unida e o Fnepas – o último mereceu maior atenção posteriormente. Muitas podem ser as hipóteses para essa realidade, alvo de intensa investigação ainda a ser pleiteada.

Dessa forma, com participações pontuais do serviço social, a Rede Unida foi se constituindo e, em um processo de legitimação, os congressos promovidos foram-na caracterizando como um importante sujeito político e com muito a dizer na direção da transformação na formação dos profissionais de saúde, com grandes contribuições para as mudanças curriculares nacionais dos cursos de graduação na área da saúde.

2.6 As Diretrizes curriculares dos cursos de graduação na saúde

Conforme abordado anteriormente, a trajetória do ensino superior no Brasil se constitui como um movimento endógeno, muito preso à ideia da universidade fechada em si mesma. Aos poucos, as universidades foram adquirindo maturidade e se vinculando às questões da sociedade. Os cursos de graduação na saúde também vivenciaram esse trajeto e,

como todos os cursos superiores ligados ao ensino, tiveram uma grande reorganização a partir da LDB de 1996.

As contribuições da referida Lei se deram efetivamente quando preconiza a flexibilidade dos currículos, o desenvolvimento de competências e habilidades, o aperfeiçoamento cultural, técnico e científico dos cidadãos e a implementação de projetos pedagógicos inovadores (HADDAD, 2006).

Dessa forma, a partir da LDB os cursos passaram a ser orientados por *Diretrizes curriculares*, e não mais por currículos mínimos, justamente para que pudessem desenvolver os princípios defendidos na Lei.

Os cursos de graduação na saúde foram definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 287, de 8 de outubro de 1998, que abrange os cursos de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Para operacionalizar o trabalho de implantação das *Diretrizes curriculares*, o MEC lançou um edital para que a construção das Diretrizes pudesse ser debatida pelas categorias profissionais e contemplasse as necessidades identificadas por elas como essenciais no projeto de formação profissional.

No caso dos cursos de saúde, assim como em outras áreas, é comum a ausência de articulação interministerial; sendo assim, embora com ações conexas e interdependentes, o movimento do MEC foi de atuação paralela ao Ministério da Saúde (MS) e vice-versa. Foi no bojo das discussões do SUS que a temática sobre a formação de recursos humanos para a saúde impôs a exigência de articulação entre eles.

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu art. 200, afirmou ser atribuição do SUS interferir na formação profissional e garantir coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. Portanto, a partir da Constituição Federal, o Estado tem o dever constitucional de ordenar a formação de seus profissionais, observável nos arts. 13 (inciso IV - recursos humanos) e 15 (inciso IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde) da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Outra importante referência na Lei 8.080 está no art. 27, quando fala dos espaços do sistema de saúde para a prática de ensino e pesquisa.

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990).

Embora os preceitos legais atribuam como uma das competências do MS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, e concomitantemente ao MEC, dentre outros, estabelecer as políticas de formação da educação superior e avaliar a qualidade dessa formação, verifica-se que, “por muito tempo, houve dissociação entre formação de profissionais de saúde de nível superior e necessidade de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde” (HADDAD, 2006, introdução). O resultado dessa distância se traduziu em um “vazio” em relação ao debate sobre a formação dos profissionais de saúde.

Uma das hipóteses para explicar esse vazio foi o predomínio da concepção de que primeiro aconteceria as mudanças na organização do sistema de saúde e que essas, por sua vez, determinariam transformações na formação profissional, deixando ao mercado de trabalho o papel importante de definidor e indutor. Essa ideia foi defendida por gestores do sistema de saúde e pelas próprias instituições formadoras (ALMEIDA, 1999).

A formação profissional de saúde ficou por muito tempo fora da agenda dos gestores do SUS e também não foi incorporada por muitas universidades que – embora as determinantes legais da LDB indicassem as opções pelas *Diretrizes curriculares* – ainda se pautavam pela lógica dos currículos mínimos. Trabalhavam, assim, na perspectiva de disciplinas básicas e específicas, fortalecendo a dicotomia entre teoria e prática, o que desemboca em uma formação profissional distante das reais necessidades de saúde da população.

As *Diretrizes curriculares* dos cursos de graduação da saúde, orientadas pelo parecer número 1.133, apontam a necessidade de esses cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS. Valorizam ainda os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir formação contemporânea de acordo com referenciais nacionais e internacionais de qualidade e inova ao estimular a inserção precoce e progressiva no SUS, o que lhe garantirá conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região (HADDAD, 2006, introdução).

Para se constituir um ator social importante no processo de formação dos profissionais de saúde, a Rede Unida passou a se fazer presente em muitos espaços de discussão e debate sobre o tema, propiciando, assim, interlocução estratégica nos espaços de definição de políticas públicas na área. Quanto à universidade, a Rede acreditava que as mudanças não poderiam ser somente internas, mas deveriam ser articuladas com a comunidade e os serviços de saúde. Esta foi a estratégia definida pela Rede, no sentido de fortalecê-la a partir da adesão comprometida e crítica desses três atores.

O próximo passo contou com o estabelecimento de diálogos com outros atores estratégicos, como Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), dentre outros. Isso garantiu maior visibilidade e reconhecimento e a Rede passou a ser uma voz presente nos debates nacionais sobre o processo de formação em saúde. Um exemplo importante foi o da definição das *Diretrizes curriculares* dos cursos de saúde: a Rede Unida contribuiu para a mobilização e ativa participação desses atores na construção do documento.

Os resultados desse trabalho foram muitos, além da incorporação das sugestões da Rede pelos especialistas. Embora estes tenham sido resistentes no princípio, todo o trabalho em torno das Diretrizes fortaleceu e legitimou a Rede como importante interlocutora no movimento de mudança da formação profissional na área da saúde.

Atualmente, a Rede Unida tem colocado para si mesma o desafio de efetivar o trabalho em rede, colocando-se como catalisadora dos movimentos de mudança, tendo como eixo central de seu trabalho a ideia de “trabalhar estrategicamente, acumulando poder à rede e diminuindo resistências” (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p. 180). A história da Rede Unida tem como marco a abertura de canais de participação de cunho democrático, pois se acredita que a mudança necessária só será possível com debate diverso, envolvendo os serviços, a comunidade e a universidade – é o que denomina de “massa crítica”.

Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre profissionais de saúde e população, entre as diversas categorias de profissionais de saúde, na concepção de educação e de produção do conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p. 180).

Sendo assim, a base para as propostas mudancistas é a democratização, associada com a capacidade de planejar as ações.

Para tanto, há algumas estratégias fundamentais: fortalecer as possibilidades de parcerias entre universidades, serviços de saúde e população, ampliar a

compreensão existente nas escolas a respeito dos processos de mudança, seguir investindo na produção de conhecimento e na formação de quadros capazes de apoiar as iniciativas nas escolas, continuar ampliando o envolvimento e a participação nas mudanças (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p. 183).

A Rede Unida, ao longo dos seus 20 anos de experiência e trabalho em saúde, tem se envolvido nas diversas formas de debate e propostas que viabilizaram os referidos processos de mudança, seja nas alterações curriculares e pedagógicas ou na relação com os serviços, caracterizados, sobretudo, nas políticas de educação e recursos humanos.

No próximo item foi privilegiada a atenção básica, como uma aproximação da grande temática que envolve os RH na saúde.

2.7 A questão dos recursos humanos na saúde e a atenção básica: exigências e desafios

Conforme os destaques anteriores, a questão da atenção básica ganhou relevância mundial a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), que significou a “reafirmação da saúde como direito fundamental; que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde” (BUSS, 2000, p. 170).

No Brasil, logo na década de 1980, por proposta do Conselho Consultivo da Saúde (Conasp), foram implantadas as AIS, que se configuraram como uma prévia do que seria o processo de descentralização da saúde no Brasil, integrando políticas e recursos da saúde e previdência social aos das Secretarias de Saúde (IYDA, 2002).

A década de 1980 foi marcada por profundas transformações na organização dos serviços de saúde, as quais foram transformando alguns ideários da Reforma Sanitária em ações concretas.

Ao regionalizar os serviços e inscrever os municípios como *locus* privilegiado de atuação na direção do cuidado à saúde, ocorreu uma expansão do número de serviços de atenção básica e, conseqüentemente, aumentou a demanda por profissionais na esfera pública, o que, associado a uma posição do MEC de flexibilização para abertura de novos cursos de graduação na década de 1990, impulsionou a oferta de novos cursos de graduação na área da saúde.

Pode-se dizer que a década de 1980 foi palco de importantes ensaios no campo da reorganização dos serviços de atenção básica e que, embora caracterizada por movimentos

isolados dos serviços e das instituições formadoras, imprimiu-se uma direção no desenvolvimento de recursos humanos naquele período. As suas principais características foram a exclusividade do debate no terreno dos serviços, o que se desdobrou em ações voltadas para os profissionais já formados, majoritariamente na modalidade de cursos de atualização oferecidos pelo MS; as universidades, por sua vez, articuladas com as Secretarias Estaduais de Saúde, passaram a oferecer cursos de pós-graduação *lato sensu* na área. Deve-se salientar, ainda, a efetiva atuação do MS e da Opas na oferta de capacitações em áreas consideradas estratégias dos serviços de saúde. Alguns exemplos que podem ser citados são o Curso de Atualização e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (Cadrhu); o Curso de Aperfeiçoamento em Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde (Capsis) e o Curso de Atualização em Vigilância Sanitária (Cavisa) (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002).

Como expressão desse movimento, no bojo das discussões pró-SUS, a temática dos recursos humanos entrou na pauta da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desembocou na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (1986), que trouxe importantes contribuições para o debate acerca da temática. Com o tema “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, a Conferência recomendou a adoção de uma política que regulasse salários, jornada e regime de trabalho e, ainda, indicou a necessidade de novas bases para a preparação de pessoal de saúde, com destaque para o trabalho multiprofissional, procurando romper com o modelo médico hegemônico (CAMPOS, PIERANTONI, MACHADO, 2006).

Os debates passam a ser mais sistematizados e, com a implantação do SUS na década de 1990, o discurso de adequação dos recursos humanos para este Sistema encontrou na realidade dos serviços novas reflexões e desafios. Por um lado, os gestores de saúde manifestaram sua insatisfação com os profissionais do serviço, e por outro os últimos também estavam descontentes, sobretudo com a desvalorização profissional, traduzida nas condições de trabalho (jornada de trabalho extensa, baixos salários, dentre outros). Dessa forma, a “prova de fogo” das proposições para os recursos humanos para a saúde no Brasil passava pela capacidade operacional e política de intermediar a correlação de forças existentes entre os diferentes atores envolvidos no processo. Ainda, deve-se apontar a emergência de uma nova consciência cidadã que passou a fazer parte da realidade do sistema de saúde. O período de democratização no País reforçou a participação popular, por intermédio do controle social nas diferentes políticas públicas. Sendo assim, os profissionais de saúde se deparam com um usuário dos serviços, cidadão de direito, em vez de um simples paciente, que deve não só ser

atendido em suas necessidades, mas fazer parte do desenvolvimento da política de saúde no País.

Até a metade da década de 1990, poucos foram os avanços efetivos no desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. “Ao contrário, os problemas e dificuldades se multiplicaram sem que surgissem no cenário nacional possibilidades de superação” (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002, p. 109). Ainda, segundo as autoras, algumas experiências, como o Projeto Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde (Gerus)¹⁸, proposto em parceria pelo MS e a Opas, foram iniciativas importantes, mas, como se tratou de experiências isoladas, não garantiram a implementação de um projeto global de desenvolvimento de recursos humanos.

Dessa forma, o grande mérito do Projeto foi trazer à tona a temática da gestão como um elemento crucial na mudança da saúde brasileira em curso. No entanto, as características peculiares dos Estados e da organização de seus serviços de saúde deram ao projeto diferentes alcances. Ramires, Lourenção e Santos (2004), a partir de uma pesquisa bibliográfica, evidenciaram os impactos do Gerus em municípios como Curitiba, Londrina e São José do Rio Preto, e Estados como Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte, dentre outros. A primeira indicação a que chegaram foi a relevância da formação e capacitação gerencial como resposta a uma demanda expressiva das unidades de saúde; a segunda remete ao próprio Gerus e sua capacidade de responder às diferenças regionais e locais dos municípios, tornando clara a necessidade de sua flexibilização e reformulação.

Em estudo avaliativo sobre a implantação do Gerus em UBS da região Sul da cidade de São Paulo, Lico, Ferreira e Martins (2005) apontaram que houve ampliação da visão do papel gerencial, com desdobramentos na questão da reorganização dos serviços, associada ao desenvolvimento de competências técnicas. Evidenciaram também o limite das capacitações, quando confrontadas com o compromisso pessoal e político com processos de mudanças.

Concomitantemente à formação no campo dos serviços, tendo o Projeto Gerus como marco de apoio à gestão, no cenário acadêmico o avanço das discussões sobre as mudanças na formação dos profissionais de saúde – sobretudo com o desenvolvimento dos Programas UNI e sua vinculação efetiva com os serviços de saúde e a população –, bem como o surgimento da Rede Unida, contribuiu para que as ações e os atores sociais envolvidos na discussão se posicionassem em um debate cada vez mais intenso e que, finalmente, contemplasse a ideia

¹⁸ O Projeto Gerus se caracterizou como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, centrado na formação/qualificação técnica e administrativa de gerentes de UBS, com o objetivo de efetivar o desenvolvimento institucional e, conseqüentemente, aumentar a capacidade gerencial, na perspectiva da mudança das práticas sanitárias e do modelo de atenção à saúde (BERTUSSI, 2008).

de um movimento diversificado em sua composição (universidades, gestores dos serviços de saúde, comunidade), mas uno em seus propósitos. Porém, se a questão dos recursos humanos para o SUS foi ganhando materialidade no debate, sendo possível reconhecer inúmeros avanços, ainda persistiam entraves para sua efetivação. As conquistas no campo jurídico-institucional (Lei 8.080; Lei 8.142 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas) de fato não garantiram as mudanças necessárias para a consolidação do SUS; as transformações nos cenários acadêmicos ainda são exceção à regra, segundo a qual prevalece nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde a prática das especializações e pouco se valoriza a atenção básica. Da mesma forma, os serviços continuam sendo marcados como de baixa qualidade e resolubilidade e centrados na doença, com a fragmentação do cuidado (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002).

Diante disso, por maior que tenha sido o esforço do MS e de sujeitos diversificados na perspectiva de mudança nos cursos de graduação da área da saúde, ainda persiste o modelo flexneriano e sua defesa da assistência à saúde altamente individualizada e fragmentada. Portanto, alicerçada na base da competência pessoal e competitiva, em que os sujeitos profissionais individualizados são os responsáveis pelo seu sucesso mediante a adequação às pressões do mercado de qualificação profissional. Esse é um aspecto crucial dos processos de mudança: transformar a qualificação do trabalho superior, a qualificação do trabalhador.

Nesse sentido, com a adoção da atenção básica como prioridade para a saúde brasileira pelo MS, assiste-se à possibilidade de potencializar as iniciativas e experimentos de alteração no campo da formação, sobretudo pelo caráter pedagógico que o SUS apresenta, ao eleger o princípio da integralidade como norteador das ações de saúde, o que coloca em posição igualitária os diferentes níveis de atenção.

A atenção básica tem sido palco de verdadeiros enfrentamentos em relação às problemáticas do SUS. Deve-se destacar como *locus* privilegiado a Saúde da Família, com a prerrogativa do trabalho multiprofissional e territorializado. Atualmente, conforme informações obtidas no sítio do MS, o Brasil possui 30.440 equipes de Saúde da Família, espalhadas em 5.250 municípios¹⁹ (BRASIL, 2010).

A implantação da estratégia Saúde da Família tem produzido inúmeras críticas, como a de Franco e Merhy (2002), assim como demonstrações de otimismo, como a de Paim (2008), enriquecendo os estudos e pesquisas sobre a atenção básica.

¹⁹ Informação disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#consolidado>>, acessado em 19 fev. 2010.

Divergências à parte, é no universo da atenção básica que propostas afetas à formação de trabalhadores para o SUS têm sido desencadeadas e pensadas enquanto processo em construção. Na sequência será abordada especificamente a saúde da família, com enfoque nos Polos de Capacitação, formação e especialização na área.

2.8 A estratégia de saúde da família e a questão dos recursos humanos

A década de 1990 foi palco da tentativa de reorganização da atenção básica no País por intermédio da adoção da estratégia de saúde da família. Neste sentido, priorizaram-se ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde sob dois princípios fundamentais: o atendimento familiar, ou seja, abrangendo todos os indivíduos, independentemente da faixa etária; e a intersetorialidade como medida para articular as ações de saúde com as demais políticas sociais existentes (BETTIOL, 2006, p. 65).

Do ponto de vista conjuntural, esse período é marcado pela reestruturação produtiva do capital em nível mundial e que, no caso do Brasil, instalou ideias reformistas do papel do Estado diante das políticas sociais. Nessa conjuntura político-econômica é que é implantado o Programa Saúde da Família (PSF). Para muitos, o PSF surgiu como uma estratégia de reordenação das ações do SUS em âmbito municipal, mas muitas interpretações também o identificaram como um “projeto de saúde pobre para os pobres”, sobretudo pela priorização da presença das equipes em regiões pobres e vulneráveis socialmente.

O PSF teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, de 1991), que pretendeu aproximar os serviços de saúde da população e introduzir um ator social no campo da atenção básica – os agentes comunitários de saúde.

Para dar conta dos objetivos²⁰ definidos para a estratégia, foram contemplados o trabalho multiprofissional, com a ideia de um trabalho em equipes mínimas (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, posteriormente, dentista) que deveriam compor a rede de apoio e vigilância à saúde em um determinado território

²⁰ “O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (BRASIL, 1997).

(aproximadamente 4.500 pessoas). Dessa forma, o PSF constituiu-se em um instrumento de reorganização do SUS, tendo como sustentação a efetivação da municipalização dos serviços.

Ao instituir o trabalho em equipe, territorializado e integrado à rede de serviços de saúde, o PSF pretendeu aproximar os profissionais de saúde e a população, favorecendo um ambiente de co-responsabilidade tanto pela própria condição individual de saúde como pela organização da política local na área.

A medicina preventiva e medicina comunitária, em 1950 e 1960, respectivamente, utilizaram-se da noção de território. Em 1980, o tema passou a auxiliar diagnósticos, planejamentos e a organização dos sistemas locais de saúde. Atualmente, a noção de território tem sido fundamental para a proposta do PSF. Para Santos, “o território em si, para mim, não é um conceito. Ele só se torna um conceito utilizável para análise social quando o consideramos para o seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam” (2000, p. 22)

Ao passo que a estratégia de saúde da família foi se consolidando no País, iam sendo produzidas no campo acadêmico muitas reflexões sobre ela. Como parte de um debate fértil e diverso – a questão dos cuidados primários em saúde –, a estratégia foi sendo debatida por intermédio de vários recortes: a humanização em saúde, o atendimento domiciliar, a participação popular, a equipe mínima e tantos outros.

Merecem destaque, no entanto, as críticas estabelecidas ao PSF e sua vinculação ao capital estrangeiro, sobretudo a partir do financiamento internacional Bird para o Projeto de Implantação e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), acordado em setembro de 2002. O Proesf teve como objetivos expandir as ações do PSF em municípios com mais de cem mil habitantes; investir na capacitação profissional e institucionalizar sistemas de avaliação e monitoramento do Programa. A principal preocupação reside no fato de que, historicamente, as agências internacionais financiadoras têm um largo compromisso com o mercado e, na condição de financiadoras, passam a “recomendar” uma série de ações que contribuem para fragilizar ainda mais as políticas sociais no Brasil (BETTIOL, 2006).

Dessa forma, compreende-se que a estratégia de saúde da família esteve inserida nas discussões ampliadas das políticas sociais que pretendem adotar uma lógica racionalizadora de aplicação de recursos. Considerando, ainda, o fato de que o Saúde da Família é um projeto estruturante do SUS e que pretende contribuir para a ampliação e a consolidação da atenção primária à saúde, trata-se de um esforço múltiplo que envolve a sociedade brasileira, com a ocupação dos espaços garantidos por lei para participação direta da gestão da política de saúde, além de forjar outros mecanismos de controle, essencialmente democráticos, para que a

atenção à saúde da família se concretize. Por outro lado, faz-se necessária a articulação dos órgãos gestores e dos profissionais envolvidos diretamente no desenvolvimento da estratégia em um projeto coletivo para acumular forças para consolidar e aperfeiçoar o Saúde da Família.

Anteriormente, em pesquisa sobre a participação popular e o PSF em um dos inúmeros municípios de pequeno porte que implantaram a estratégia na década de 1990, verificou-se que um dos problemas centrais do caso estudado estava focado no profissional de saúde (BETTIOL, 2006). A formação profissional ainda centrada na doença, o despreparo para o trabalho multiprofissional e as constantes disputas de poder apontaram para a necessidade de compreender o processo de formação e educação permanente desses profissionais dentro da estratégia de saúde da família.

2.9 Os Polos de Capacitação, formação e especialização do Programa Saúde da Família

Os Polos de Capacitação em Saúde da Família são parte de um conjunto de medidas de sustentação para o referido Programa, tendo em vista que, nas avaliações sobre o desenvolvimento do SUS, sempre esteve presente a questão dos recursos humanos. Conforme apontado anteriormente, a estratégia de saúde da família trouxe uma nova forma de pensar e fazer quanto aos serviços de saúde. Embora movimentos de articulação entre ensino e serviços de saúde tenham sido implementados e um processo de mobilização e discussão sobre a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde esteja em curso, é fato também que em um País como o Brasil, de dimensões continentais e realidades tão distintas, esses movimentos têm se dado em ritmos diferentes e, portanto, os seus primeiros resultados são bem pontuais e específicos de algumas cidades e regiões brasileiras (FEUERWERKER, 2002).

Os *Polos* foram criados para atender às necessidades de formação e desenvolvimento de recursos humanos para apoiar a estratégia de Saúde da Família, valorizando a articulação ensino-serviço. São definidos como a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior, com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde, através de convênios ou consórcios para implementar programas destinados ao pessoal de prestação de serviço em Saúde da Família no âmbito de um ou mais municípios. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço,

voltada para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia da Saúde da Família no âmbito do SUS (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002, pp. 114-5).

Nesse sentido, os Polos foram pensados para atender a três necessidades: a capacitação, a formação e a educação permanente.

Em síntese, a questão da educação está intimamente ligada a classe social e portanto, entrelaçadas a um determinado projeto hegemônico em disputa. Sendo assim, a forma e o conteúdo que os mais variados processos educativos possuem estão vinculados a um tipo de sociedade. Não é adequado isolar as estratégias no campo educacional, em um sentido ampliado, das grandes questões que envolvem a humanidade, como a ética, multiculturalismo, a sustentabilidade, o trabalho e outros, inseridos em um contexto de desenvolvimento global e desigual dos países. Essa observação é necessária para que se perceba que a discussão proposta não pretende abarcar somente o formato dos mecanismos, ou das ações, e muito menos avaliar seus impactos mas sobretudo, apanhar o lugar estratégico que tais ações desempenham na disputa de diferentes projetos societários.

Nesse sentido, os polos de capacitação cumpriram com sua tarefa de visualizar a complexidade das relações de formação para os trabalhadores de saúde, cruzando informações que expuseram a fragilidade do ensino na graduação, as disparidades regionais e locais dos polos e das unidades de saúde da família, bem como as dificuldades financeiras e sobretudo o formato dado à iniciativa; ou seja, a falência do modelo de cursos e palestras, bem como denunciou o enfoque biomédico e curativo. Dessa forma, emerge a necessidade de reforçar outras formas de realizar e impactar o cotidiano dos trabalhadores de saúde na atenção básica e suas necessidades de formação, lhe conferindo estatuto de sujeito do processo e não mais passivo espectador.

Como desdobramento, são enfocadas ações importantes como as Residências Multiprofissionais de Saúde da Família²¹ e os Polos de Educação Permanente

A valorização da educação permanente – EPS advém do esgotamento do modelo anterior descrito acima. Dessa maneira, tem em sua base a reorientação da formação e

²¹ Tem-se assistido a um cansativo processo estabelecido pelo MS de implantar projetos e políticas e, ao mesmo tempo, suspendê-las ou esvaziá-las de conteúdo político. Um importante exemplo é a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, recentemente implantadas, que vivenciam a “corda bamba” do Ministério sobre sua continuidade ou mudança para Residência Multiprofissional Hospitalar. Ainda, o privilegiamento da modalidade de programas de pós-graduação *stricto sensu* profissionais. De acordo com o MEC, “O objetivo do programa é contribuir para a criação, o fortalecimento e a ampliação de programas de pós-graduação *stricto sensu* que tratem de assuntos relativos a práticas em saúde. Ampliar a produção científica sobre questões relacionadas a práticas em saúde e apoiar a ampliação de recursos humanos capacitados para atuar na área também são finalidades da iniciativa”. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14570>, acessado em 20 fev. 2010.

capacitação de recursos humanos, tendo como fundamento os princípios do SUS a partir da realidade dos serviços de saúde, valorizando seu caráter continuado e multiprofissional.

As residências multiprofissionais têm inspiração nas residências médicas, que desde 1950 configuraram-se como uma forma de educação continuada no contexto da pós-graduação. Foi a partir da década de 1980, com a instituição do SUS – e, portanto, com a incorporação de outras demandas no campo da formação dos trabalhadores de saúde, para além das médicas – que se projetou e pleiteou a residência para outras profissões (MOURÃO *et. al.*, 2006).

Com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004), com foco nos processos educativos desenvolvidos no cotidiano dos serviços, a proposta de residência multiprofissional ganhou fôlego. O Ministério da Saúde, amparado por vários atores, com destaques para as categorias presentes nos serviços de saúde, tomou para si a responsabilidade de conduzir este processo. Inúmeras experiências foram ativadas pelo Brasil e focaram a questão da educação permanente como motriz do trabalho a ser desenvolvido pelos residentes.

Na análise de Mourão *et al.* (2006, p. 362) a presença do serviço social nesse modelo de formação se faz essencial, pois a graduação com enfoque generalista não contempla todos os conhecimentos necessários para a atuação em determinadas áreas, tornando valioso o processo de formação pela residência.

O sujeito da pesquisa representante/Fnepas endossou tal afirmação a partir de sua experiência em um curso de especialização em Saúde e Serviço Social na UERJ, onde é docente. Para ele,

a formação continuada é importante. O serviço social, como outras profissões, tem um buraco na formação intermediária, entre o mestrado e a graduação, que é esse discurso de atualização ou mesmo de especialização. Aí poderiam também ser abordados por essa temática [saúde] (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Espaços já citados, como as residências profissionais e multiprofissionais, cursos de especialização *lato sensu*, cursos de aprimoramento em saúde com vários enfoques, são alternativas no sentido da formação continuada e permanente. Objetivam complementar e aprofundar o estudo e a reflexão sobre determinada área de interesse ou atuação, a fim de dominar sua especificidade e, conseqüentemente, seus reflexos nas ações e prioridades estabelecidas mediante o exercício da profissão.

Devem-se relembrar importantes críticas feitas por Gadotti ao processo de educação permanente, quando polemiza que o essencial não é aumentar a “quantidade” da educação, mas sim garantir sua qualidade (1991, p. 97). Outra provocação advém da realidade de que nem todos os indivíduos têm acesso a esse tipo de educação, considerando suas diferenças

sociais e econômicas. De tal maneira, que a formação intermediária é dependente do sujeito profissional e de sua capacidade, entre outras, financeira, de ativá-la.

Esse mosaico de experimentos, projetos e iniciativas representa, enfim, um esforço grandioso, complexo e diverso, que está sendo enfrentado com responsabilidade por parte dos sujeitos envolvidos. Todavia, é preciso tomá-los não isoladamente como resultados particulares de reivindicações específicas da saúde, mas, sobretudo, como uma nova forma de pensar a educação e sua relação com a sociedade.

Muitos autores trabalharam a questão da educação com diferentes perspectivas (dentre outros, FREIRE, 1983; MÉSZÁROS, 2005; MORIN, 2005). O conceito de educação adotado nesse trabalho pretende entendê-la como um “complexo e largo processo humano” (NAGEL, 2001, p. 100).

Educação implica formação do homem e compreende inúmeros processos, incluindo-se, dentre eles, os ativados pela própria escola em seus diferentes graus, modalidades, estratégias ou técnicas. A educação, na perspectiva adotada, pleiteando mudanças nos homens, não estaria limitada apenas à escolarização ou educação formal. Enquanto uma busca intencional de novos comportamentos para responder melhor às (novas) exigências da vida, a educação contaria, para a sua concretização, com outras instituições como a família, a igreja, o setor jurídico e, principalmente, os meios de comunicação, e estaria associada, em sua raiz, à substituição ou à reprodução (ainda que sob formas novas) da ordem social (NAGEL, 2001, p. 100).

Compreendida dessa forma, é impossível pensar a educação descolada de um movimento maior que está intrinsecamente ligado ao trabalho e à economia. Para Mészáros (2005), a educação institucionalizada serviu não só ao propósito de fornecer os conhecimentos e a mão-de-obra necessária ao desenvolvimento do capital, mas também cumpriu o seu dever de gerar e transmitir um quadro de valores que legitima os interesses dominantes.

Dessa forma, a educação desempenha um papel fundamental na sociedade, na medida em que permite a socialização dos conhecimentos culturais, científicos e um conjunto de valores que deverá preparar o indivíduo para a vida em sociedade. Portanto, o conceito de educação está articulado ao de cidadania.

No caso brasileiro, as reflexões sobre cidadania e educação devem situar-se sobre a forma como a sociedade está alicerçada em suas estruturas de poder, já que são essas que direcionam uma determinada concepção de educação para servir a um estatuto de cidadania. Para Chauí (2000), a sociedade brasileira é verticalizada em todos os aspectos e as relações sociais e intersubjetivas são sempre de mando e obediência. “As diferenças e assimetrias são sempre transformadas em desigualdades que reforçam a relação mando–obediência. O outro

jamais é reconhecido como sujeito nem como sujeito de direitos, jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade” (CHAUI, 2000, p. 89).

Dessa forma, o direto social ainda convive com a visão de favor, benesse e a tutela em muitos espaços e políticas, bem como, na atual conjuntura, intitulado de “privilégio”. A cidadania no Brasil é um processo inconcluso, porque não consegue ser efetivada enquanto acesso aos direitos sociais, sobretudo quando pensados no binômio acesso-qualidade, mas também é inconclusa porque não consegue sair do “discurso” e ser materializada na prática, com ampla participação dos sujeitos sociais nos processos decisórios e no usufruto das conquistas sociais, políticas e econômicas.

A cidadania compreende vigoroso chamado à participação na vida social e no Estado, obras dos homens e patrimônios comuns a todos. Além do mais, a cidadania constitui um princípio de igualdade, realizado na igualdade jurídica e materializado numa sucessão de direitos. Assim é relevante o papel da participação no conjunto da democracia liberal (VIEIRA, 2004, p. 192).

Quando se reconstrói a trajetória da redemocratização do País, recupera-se o enorme apelo que o conceito de cidadania teve e sua permeabilidade enquanto luta social. Na saúde não foi diferente e o movimento da reforma sanitária foi e continua sendo um de seus maiores defensores.

Sendo assim, é no contexto do SUS e de suas múltiplas frentes de ação que a questão dos trabalhadores de saúde eclodirá, e com ela a preocupação de visualizar esses sujeitos como cidadãos e portadores de uma demanda legítima e urgente: a formação permanente e qualificada. No próximo capítulo, retornar-se-á a problemática da formação de RH, sobretudo enquanto projeto de formação profissional que privilegia a graduação, como etapa primordial e fundamental. Ainda, abordou-se a relação do serviço social com tal questão em um esforço de refletir sobre a articulação dos elementos: saúde, formação profissional e serviço social.

III –DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL

3.1 Notas introdutórias sobre as exigências para os Recursos Humanos no contexto do SUS e o serviço social

Uma série de estudos e publicações sobre a história da saúde no Brasil remete à trajetória da construção e implantação do SUS (cf. CAMPOS, 1992; YIDA, 1994; MERHY, 1992; TEIXEIRA, 1995). Desde seus primórdios este sistema já enunciava novas demandas para os serviços e sua reorganização e, conseqüentemente, para inovações no campo de atuação profissional, inclusive para o serviço social.

Os sujeitos da pesquisa entrevistados para este trabalho apontaram como o surgimento do SUS e as mudanças nele contidas também apresentaram desafios e novas exigências ao trabalho do assistente social na saúde. Assim, a presidente/Abepss enfatizou a situação específica da saúde brasileira e como o cotidiano de trabalho no SUS desnuda várias expressões da questão social e, conseqüentemente, indica ações em que o assistente social se faz necessário.

Olha, quando nós pensamos a perspectiva de saúde integral e também a Reforma Sanitária, a saúde publica etc., vamos ver que a população brasileira hoje são 184 milhões de pessoas. Aproximadamente 30% dessa população não usam o SUS, porque podem pagar planos de saúde, ou a empresa paga para os trabalhadores; todos os demais precisam do SUS. Isso significa aproximadamente 130 milhões de pessoas que precisam do SUS. 30% da população brasileira não têm acesso ao SUS por inúmeras razões, como transporte, ou quando acessam o SUS é pobre para os pobres. e então, veja, o SUS acaba sendo um sistema para aqueles que não podem pagar. Embora na rede de alta e média complexidade não seja tanto assim, principalmente na atenção básica é assim /.../ eu acho que a nossa formação é muito importante para a equipe multiprofissional de saúde, porque o [assistente] social é aquele profissional que totaliza, que articula com a questão social, que de fato consegue trazer a questão da integralidade, da saúde integral (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esse trabalho).

O princípio da integralidade é também ressaltado por ex-Rede Unida enquanto portador de uma inversão na prática do assistente social no contexto do SUS.

Na saúde nós temos um papel diferenciado em função desses determinantes sociais. A Constituição fala o que é saúde, na hora em que ampliar a concepção de saúde, amplia-a como um processo que organiza a atenção à saúde, seja no campo da assistência ou no campo só da atenção. Até esse momento quem tinha o domínio era o campo médico, porque se entendia a

saúde como uma disfunção orgânica; na hora em que você sai dessa disfunção orgânica, em que você tem determinantes sociais, você tem outro enfoque, outra maneira de organizar o próprio processo de atenção à saúde. Não dá só para você ter o médico, não dá só para você ter o enfermeiro, que são muito mais ligados à assistência (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esse trabalho).

Em perspectiva muito semelhante, a docente/pesquisadora frisou a própria compreensão do processo saúde-doença como uma das possibilidades de atuação do assistente social na saúde, bem como essa categoria associa aspectos relacionados às condições de vida nas esferas social, econômica, cultural e política, e portanto referenda e legitima a ação profissional, por conta de sua formação.

Eu acho que o serviço social tem tudo a ver com a saúde . Tem tudo a ver, inclusive, com a proposição da saúde como processo de saúde e doença. Se a gente pensa nessa idéia de que saúde são condições de vida e tudo o mais, então, eu acho que o [assistente] social é o profissional. Isso eu afirmo pela minha experiência de alguns anos /.../ trabalhando na saúde com a formação de residentes e convivendo em projeto coletivo com outras profissões. Eu acho que o assistente social tem uma formação em que tem essa perspectiva de saúde. Ele traz essa perspectiva de saúde” (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esse trabalho).

Ao se reconhecerem as mudanças que o SUS impactou na ação profissional, todavia, também ficou indicada uma dificuldade de compreendê-la enquanto parte de uma totalidade. O representante/Fnepas, deu uma importante contribuição ao indicar essa tensão em seu depoimento.

Acho que o papel dos assistentes sociais, concordando com Dalva [COSTA, 2006], nesse sentido, tem sido responder, se mobilizados, onde o SUS não vem acontecendo, pelas lacunas do Sistema de Saúde, ali vem surgindo o nosso trabalho. E eu acho que a gente não identifica isso como trabalho, porque a gente fica tratando, então, o dia inteiro de inúmeras exceções – autorizar a entrar fora do horário, ir à farmácia entregar o remédio direito para a mãe –, a gente não entende isso como trabalho e não problematiza isso. E a gente fica no meio do caminho (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para este trabalho).

Evidenciou-se que o SUS, ao propor outra lógica para a saúde brasileira – tanto do ponto de vista político, que inclui a própria concepção da saúde enquanto um direito social e dever de Estado; ou do ponto de vista da reorganização dos serviços, como evidencia o enfoque à atenção básica, com a saúde da família; ou, ainda, com as Políticas Nacionais de Humanização e Educação Permanente, dentre outros –, desafiou gestores, usuários e trabalhadores em saúde para dar visibilidade às mudanças pretendidas.

No caso dos trabalhadores em saúde, a urgência de adequação profissional foi reativada, já que esteve presente por longa data na agenda política de setores progressistas (Cebes e Abrasco, por exemplo). Foi apontado também que as profissões atuantes na saúde

buscaram caminhos – ora individuais, ora coletivos – para influenciar mudanças em suas graduações na direção de um perfil adequado à nova realidade da saúde brasileira.

Sendo o assistente social um profissional com uma longa trajetória na saúde e, portanto, partícipe das mudanças e inovações trazidas pelo SUS, referenciados pelos depoimentos apontados anteriormente, a profissão foi/é desafiada a refletir sobre a relação que a profissão tem com a área e, por isso, a seguir se trata desse assunto.

3.2 Serviço social e saúde

O serviço social possui uma ligação forte com a saúde, tendo sido por muitos anos, o maior campo de trabalho do assistente social no Brasil. A saúde incorporou o profissional e, sobretudo com o SUS, a profissão tem sido constantemente requisitada e sua atuação revisada. Sendo assim, pensar a relação do serviço social com a saúde exige uma retomada da própria gênese da profissão e de como ela se modificou, fortaleceu e foi posta à prova na sociedade brasileira.

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência europeia, e a área da saúde não foi a que concentrou maior esforço quantitativo de profissionais, apesar de algumas escolas terem surgido motivadas por esse setor. A formação profissional também se pautou, desde o início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde (BRAVO; MATOS, 2006, p. 198).

A partir de 1945 o processo de expansão do serviço social no Brasil, está intimamente ligado às particularidades do capitalismo brasileiro, acomodadas à experiência do pós-guerra (1945), que se caracterizou como um desenvolvimento capitalista dependente. A industrialização se acelera no Brasil a partir do tripé capital internacional, estatal e privado nacional. “O processo de acumulação ancorava-se num setor de bens de capital predominantemente vinculado ao Estado; no de bens duráveis multinacional, impulsionador do processo, e, finalmente, num setor de produção de bens de consumo baseado no capital nacional” (MENDONÇA; FONTES, 1988, p. 31).

A forte presença do capital estrangeiro não se limita à esfera econômica, mas dela deriva para outras áreas. Na polarização característica da guerra fria (Estados Unidos *versus* União Soviética), os países latino-americanos se viram obrigados a se posicionar a favor dos Estados Unidos, com raras exceções. No Brasil, a influência norte-americana foi sentida em vários espaços da vida social brasileira e teve como objetivo, dentre outros, instaurar uma

“Doutrina de Segurança Nacional” que se ancorou internacionalmente na luta anticomunista e, internamente, foi atribuída aos seguintes fatores:

- a) despreparo e ineficiência das elites políticas;
- b) inadequação das estruturas políticas e instituições governamentais ao encaminhamento das questões de desenvolvimento econômico e segurança nacional;
- c) ingenuidade política e as características culturais do povo brasileiro, que o tornaram “presa fácil” da ação comunista;
- d) infiltração do movimento comunista internacional em todas as áreas, setores e instituições sociais, numa ação que caracteriza uma agressão interna (TREVISAN, 1985, p. 52).

É nesse contexto que o serviço social brasileiro passou de uma influência europeia (de base religiosa e moralista) para a norte-americana. “Nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 198).

Articulando ao projeto capitalista imperialista dos Estados Unidos – que se efetivava pela entrada do capital estrangeiro no País – outros tipos de controle das sociedades dependentes, assistiu-se, no Brasil e no mundo, a uma intensa política de “auxílio e cooperação” entre as nações, em uma relação marcadamente tutorial, que separava os países em pobres, subdesenvolvidos, atrasados e, portanto, necessitados da intervenção da nação desenvolvida, rica e ideal – os Estados Unidos. Como estratégia para essa penetração na organização dos Estados nacionais, são criadas várias instituições que cumprem essa função, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1948.

Uma das primeiras ações da OMS foi a formulação de um novo conceito de saúde: “Saúde é o mais completo bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. Bravo e Matos (2006) enfatizam que a adoção de aspectos biopsicossociais contribuiu para a entrada de outros profissionais na saúde, dentre eles, o assistente social.

Numa importante reflexão, Franco e Merhy (2003) destacam que a forma que os serviços de saúde assumem está eminentemente ligada à esfera política. “Naturalmente que a esfera política faz interfaces com o mundo econômico-social e muitas vezes o argumento ligado às questões financeiras e técnicas tem servido aos governantes, como justificativa para implantar determinado tipo de assistência à saúde” (FRANCO; MERHY, 2003, pp. 59-60).

De fato, ao expandir o conceito de saúde e seus determinantes, criaram-se as condições necessárias para a atuação de equipes multiprofissionais, além de viabilizar uma resposta para os desafios no campo da saúde mundial, permitindo “suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com

segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 199).

O assistente social inicialmente é requisitado para a atuação na saúde, em atividades de caráter educativo, sobretudo aquelas relativas aos hábitos de higiene e saúde. Com a implantação da Política Nacional de Saúde e sua vinculação à previdência social (de caráter contributivo, portanto, seletiva e excludente), a atuação do assistente social na saúde, de base estritamente hospitalar, resumir-se-á a mediar os conflitos entre a demanda e a capacidade de atendimento. “O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (BRAVO; MATOS, 2006, 199).

Como se pode perceber, a atuação do assistente social condiz então com o próprio momento da profissão recém-instituída no País, traduzindo-se como meramente executora de ações sem respaldo teórico e carente de criticidade e, portanto, alheia ao esquema perverso e excludente que a saúde brasileira vai implementando.

Os novos contornos da atuação profissional vieram pelas mudanças motivadas pelas experiências internacionais da medicina comunitária (EUA, 1950-1960) “como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso a eles, de amplas camadas da população” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 74). Cabe aqui uma crítica pontuada por Donnangelo: a assistência à saúde, enquanto ideário da medicina comunitária, pouco alterou a lógica do processo de trabalho da área, centrada, ainda, no médico e em suas tecnologias próprias (DONNANGELO, 1975). Portanto, embora o ideário da medicina comunitária contemplasse o trabalho multiprofissional, a efetivação deste no cotidiano da prestação de assistência à saúde encontrou resistências.

A medicina comunitária foi introduzida na América Latina por intermédio da Opas e encontrou sustentação na ideologia desenvolvimentista que predominava no continente, sobretudo no Brasil. Bravo e Matos (2006) atribuem a permanência do assistente social nos hospitais e a ênfase à sua atuação no âmbito curativo à particularidade do atendimento focado no indivíduo e na abordagem conhecida como serviço social de casos (em referência ao indivíduo e sua realidade). A profissão é envolvida no discurso desenvolvimentista, sobretudo em ações vinculadas ao planejamento e à atuação comunitária nos trabalhos de desenvolvimento de comunidade (DC) (importantes reflexões sobre o serviço social e a ideologia desenvolvimentista podem ser examinadas em IAMAMOTO, 1996; CASTRO, 1993; NETTO, 2001).

O Serviço Social médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do DC e sim, prioritariamente, com o Serviço Social de casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Sociais Médico-Sociais. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento” (BRAVO; MATOS, 2006, pp. 200-1).

Dessa forma, a atuação do assistente social na saúde foi se consolidando com uma forte presença no trabalho individual e nas instituições hospitalares, o que não deixa de produzir efeitos para a profissão. Por um lado, assistimos a um avanço na solicitação do trabalho do assistente social na saúde e a certo “domínio” em algumas ações específicas no processo de trabalho da saúde (por exemplo, levantamento social dos usuários e identificação de suas demandas emergentes, encaminhamentos etc.), que são importantes na assistência à saúde. Por outro, porém, houve um enclausuramento dos profissionais nas instituições hospitalares e em seu modelo biomédico, o que os impediu de vivenciar as mudanças ou ensaios de mudanças que a saúde experimentava nesse momento.

Na realidade, desde sua inserção na saúde até a década de 1970, a atuação nessa área não sofreu grandes alterações. Contraditoriamente, a profissão no Brasil passou por momentos de questionamentos, oriundos do agravamento da “questão social”. O crescente processo de industrialização e urbanização no País, a partir de 1950, associado ao desenvolvimento do capitalismo brasileiro e ao acirramento das desigualdades sociais, fez que os assistentes sociais repensassem sua atividade profissional, primeiro do ponto de vista metodológico, adotando o DC como alternativa e aposta para o futuro da profissão – não sem problemas de fundo político, teórico e ideológico –, e segundo pela própria atuação em equipes multiprofissionais, que lhes permitiu terem contato com outras profissões e paulatinamente irem se inteirando das discussões no campo das ciências sociais, sobretudo aquelas vinculadas ao desenvolvimentismo. Conforme José Paulo Netto (2001), “no espírito da época”, a legitimação profissional começa a se modificar: “na plástica expressão de fino analista, o assistente social quer deixar de ser um ‘apóstolo’ para investir-se da condição de ‘agente de mudança’” (NETTO, 2001, p. 138).

As mudanças ocorridas na profissão na transição das décadas de 1970 e 1980 evidenciaram o descompasso por que passou o serviço social. A profissão tinha condições de avançar no campo das lutas sociais, com as organizações da classe trabalhadora; no entanto, carecia de massa crítica, ou seja, de uma capacidade elaborada de compreender e analisar o quadro mais geral da sociedade brasileira na época. Foram essas inquietudes profissionais e políticas que encaminharam a profissão para o seu processo de revisão.

O ponto de partida para essa reflexão foi o movimento de reconceituação, que ocorreu no bojo da ditadura militar. Prosseguindo com Netto (2006, p.142), verifica-se que a década de 1960 e seus múltiplos eventos contestatórios em escala internacional foi a base para que tais reflexões acerca da profissão e a “erosão do serviço social ‘tradicional’ acontecessem na América Latina”. A própria crise do modelo de desenvolvimento capitalista, ancorado nas plataformas do *Welfare State*, os sinais de seu esgotamento (acirramento das desigualdades sociais, sensível redução do padrão de acumulação capitalista, redução do crescimento econômico e déficits na estrutura financeira do Estado) e uma maior mobilização das classes trabalhadoras em defesa de seus direitos colaboraram para caracterizar essa década como definidora do período seguinte.

O movimento de reconceituação, dentro das margens aqui apresentadas, não teve outra alternativa senão mergulhar em si mesmo, na pesquisa histórica e nas particularidades da profissão: sua natureza, especificidades e objeto, traduzidas nos documentos produzidos pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (Cbciss) (Documentos de Teresópolis, Araxá e Alto da Boa Vista). Dessa forma, o recurso à perspectiva tecnocrático-modernizadora apontou para a profissão que boa teoria e metodologia encaminhariam a profissão à modernização.

Cabe ressaltar que esse momento de revisão foi marcado fortemente pelo encontro com as ideias marxistas, em um primeiro momento, sob forte influência de Althusser. Essa influência foi sentida, sobretudo, na negação do trabalho institucionalizado, visto que as instituições são tidas como “aparelhos ideológicos do Estado”. Em contrapartida, a opção “revolucionária” seria o trabalho com comunidades. Vale ressaltar que, embora a influência católica no serviço social tenha sido diluída aos poucos, eventos como o Concílio Vaticano II (1962-1965), seguido do de Medellín (1968), em que a Igreja Católica orientou sua atuação para o trabalho com o povo e com forte preocupação social, somaram-se às questões anteriores e redundaram no surgimento do serviço social alternativo. É por isso que Netto (2001) qualificou esse movimento de “intenção de ruptura”, já que iniciou um movimento de crítica e autocrítica que será superado na década de 1980, com a crítica marxista ao próprio marxismo “utilizado” pela profissão, a partir da obra de Iamamoto e Carvalho lançada em 1982.

Essa obra influenciou de maneira ímpar o serviço social, já que significou o rompimento com as teorias estruturalistas e funcionalistas que foram bases da profissão, propiciando a revisão crítica dos seus fundamentos teóricos. Sendo assim, os acontecimentos históricos no contexto pós-ditadura e o processo de redemocratização da sociedade brasileira,

associados ao amadurecimento crítico e teórico da profissão, ao protagonismo acadêmico e político do coletivo dos assistentes sociais, organizados nas suas entidades (Abepss, Cfess), permitiram a aproximação da profissão de outros campos das ciências, o que resultou em um avanço da maturidade intelectual profissional.

É notório que a categoria profissional vivenciou esse processo de forma heterogênea, mas em alguns locais o desenvolvimento da profissão foi se consolidando, sobretudo com os cursos de pós-graduação (1970) que impulsionavam o estudo e a crítica de novas perspectivas teóricas, que seriam gradativamente difundidas pela profissão.

Partindo desse quadro, algumas demandas profissionais foram enfrentadas, como a revisão dos currículos e seus conteúdos, a consolidação de espaços de troca de experiências, formação e produção do conhecimento no campo do serviço social, como os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, por exemplo.

Da mesma maneira a saúde brasileira também passou por mudanças e por momentos de revisão crítica. É claro que, tratando-se de uma política pública, experimentou diversas modalidades de gestão impulsionadas pelas características que o executivo possuiu. No entanto, do ponto de vista dos debates promovidos pelos profissionais de saúde, pelos diversos atores da sociedade civil organizada e, principalmente, pela academia, as décadas de 1970 e 1980 foram decisivas e significaram uma curvatura no que tange à compreensão da saúde no País.

Um exame nas obras de Arouca (2003) e de Donnangelo (1975) confirmará que o processo de revisão crítica na saúde brasileira foi responsável por canalizar e potencializar esforços na direção da reforma sanitária e nas suas conquistas e desafios.

Para Teixeira (1989) a obra de Arouca – tendo como escopo desvendar, dentre outros, o discurso preventivista – lançou as bases teóricas para a organização do movimento pela reforma sanitária, que se consolidou politicamente em 1980. Para ele “o movimento preventivista, em síntese, possui baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações” (AROUCA, 2003, p. 252). Portanto, o exame teórico e crítico de diversos autores contribuiu para uma maior aproximação das ciências sociais na saúde e que vai se materializando em uma nova forma de pensar e entender o processo saúde e doença e imprimir a perspectiva da totalidade no trato das questões referentes a ela. Conforme Canesqui.

A questão da saúde em nossa sociedade também é social e política, engendrando respostas societárias e do Estado, ao lado de outras que se

fazem fora da instituição e do monopólio da medicina, mas que se constituem num acervo de conhecimentos e de práticas acumulados e permanentemente reatualizados de respostas aos sofrimentos e às aflições em geral, mobilizando as tradições culturais; as religiões e outras medicinas, que acabam compondo um mosaico diversificado de ofertas de cura em nossa sociedade, os quais os futuros médicos e os profissionais de saúde dificilmente podem ignorar, mesmo porque elas concorrem com a medicina e se incorporam às práticas de consumo dos adoecidos (2000, p. 42).

Apesar dos avanços e contribuição que essa vinculação trouxe para a saúde, tanto no campo da investigação como no da atuação, em um sentido de práxis, é preciso ressaltar que a forma como ela se deu/dá ainda é muito díspar e reforça a dificuldade de consolidar propostas em âmbito nacional no Brasil²².

Assim, foi se construindo um referencial teórico a partir dos estudos desses autores, que vão sendo incorporados à área da saúde e se constituíram, conforme Escorel, nas “bases universitárias” do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro. Somaram-se, ainda, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (1979), que se corporificaram como importantes sujeitos coletivos na articulação do conhecimento, da consciência sanitária e organização do movimento sanitário (TEIXEIRA, 1988).

A década de 1980 se constituiu em um período de grande ebulição nacional (acontecimentos com as “Diretas-Já” (1984); o ressurgimento dos movimentos sociais, a mobilização popular em torno da formulação da Constituição da República, de 1988, dentre outros) que congregou importantes conquistas que foram postas à prova na década seguinte.

No campo da saúde, visualizamos a consolidação da Reforma Sanitária, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde e as propostas construídas coletivamente pelos mais diferentes autores, que serão incorporadas na Constituição de 1988, seguida da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em um contexto de redemocratização da sociedade brasileira e de projeção para o futuro do País, a impressão que se tem é a de que essa década pode ser considerada um período embrionário em termos de ideias, propostas e, sobretudo, autocrítica. Nesse sentido, os diferentes atores se encontram e se aproximam, encontrando elementos comuns em práticas (e até discursos) diferenciadas. Esse movimento aproximou o serviço social da Reforma Sanitária e de seus princípios e foi um “repensar” da atuação do assistente social na saúde.

²² Para aprofundar o tema: Canesqui (2000).

3.3 O serviço social na década de 1990

Conforme apontado anteriormente, a década de 1990, no âmbito do serviço social é tributária dos processos históricos, sobretudo das duas últimas décadas anteriores (1970-1980).

Nos primeiros anos de 1990, percebe-se uma maior articulação da profissão com os movimentos sociais, que se traduziria na defesa dos direitos e a favor da classe trabalhadora. Os desdobramentos dessa conjuntura foram sentidos em ações como a reformulação do Código de Ética Profissional (1993); a Lei 8.662/93, que regulamenta a profissão, e na construção de uma proposta das *Diretrizes curriculares* para a formação profissional (ABEPSS, 1996; MEC-SESu/CONESS, 1999), constituintes do projeto ético-político da profissão²³.

O projeto do serviço social brasileiro é historicamente datado, fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no País, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura do grande capital. Foi no contexto de ascensão dos movimentos das classes sociais, das lutas em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988 e pela defesa do Estado de Direito, que a categoria dos assistentes sociais foi sendo socialmente questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil e não ficou a reboque desses acontecimentos /.../. Tal processo condiciona, fundamentalmente, o horizonte de preocupações emergentes no âmbito do serviço social brasileiro, exigindo novas respostas profissionais (IAMAMOTO, 2007, p. 223).

Ainda de acordo com Iamamoto (2007), a construção do projeto ético-político passa por diferentes dimensões do universo profissional: seus instrumentos legais; as manifestações coletivas da categoria por intermédio de suas entidades representativas em âmbito nacional e internacional; o conjunto dos trabalhos desenvolvidos pela categoria e suas imbricações no campo da qualidade dos serviços prestados, do compromisso com os direitos sociais e a defesa da democracia; a exigência de aprofundamento constante mediado pela pesquisa e finalmente, no ensino universitário, sobretudo em tempos de contrarreforma universitária, garantindo a qualidade do ensino e da formação profissional em consonância com as *Diretrizes curriculares*, valorizando a participação dos estudantes organizados no movimento estudantil do serviço social (IAMAMOTO, 2007, pp. 224-5).

Foi nesse contexto que a “autoimagem” da profissão (NETTO, 1999, p. 95) foi e continua sendo construída. Tendo por base a realidade social e as relações sociais, o serviço

²³ Ver: Paulo Netto (1999); Iamamoto (2007).

social vai se legitimando socialmente, pelos seus discursos e práticas políticas, presentes tanto no campo das lutas sociais, em que a profissão se posiciona radicalmente a favor da classe trabalhadora, quanto nas suas ações profissionais cotidianas. Ainda segundo José Paulo Netto (2006, p. 156), a própria condição democrática em que os projetos profissionais são construídos implica a existência de outros projetos diferentes. No entanto, na segunda metade da década de 1990, o PEPP alcançou hegemonia no interior profissional.

Pode-se afirmar que o projeto ético-político profissional (PEPP) ainda seja majoritário na categoria, mas, com o avanço das políticas neoliberais no Brasil e todo um contexto de refluxo dos movimentos sociais e de reforma do Estado, a afirmação desse projeto profissional será ameaçada e novamente “atacada” nos anos 2000. Nesse período soma-se um acirramento das manifestações da questão social, com destaque para profundas transformações no mundo do trabalho, visíveis desde a década de 1980 e que têm alterado as condições de vida de grande parte da população que vive do trabalho. Ainda, acompanha-se o desenvolvimento, no campo das políticas sociais, de um “Estado assistencial”²⁴, em que as políticas públicas têm se assentado sobre a lógica do emergencial e aí estagnado, comprometendo a perspectiva da emancipação humana que a profissão persegue no seu PEPP.

Nessa direção, muitos são os desafios postos para os profissionais. No campo das políticas sociais, campo de atuação fundamental para o serviço social, a experiência no governo Lula tem demonstrado não uma ruptura com o modelo anterior, mas uma continuidade. “Todavia, em face do contexto ideopolítico que marcou a eleição do presidente Lula e do seu discurso de ‘fome zero’ e justiça social, novas armas vêm sendo tecidas, quiçá com um apelo mais tático que o seu antecessor” (BEHRING, 2006, p. 45).

As tendências atuais no campo da seguridade social estão, portanto, marcadas pela primazia das políticas compensatórias de combate à pobreza, seletivas e temporárias; privatização e mercantilização dos serviços sociais; reforço das iniciativas do setor empresarial, sob o jugo da “responsabilidade social”; despolitização das desigualdades sociais de classe para uma fragmentação e excessiva particularização dos indivíduos e suas demandas.

Os reflexos do panorama acima têm se constituído em tentativas de desmonte da seguridade social. Mas outros setores também são afetados com as estratégias, muitas vezes, economicistas e mercadológicas do Estado. As análises sobre educação realizadas no Capítulo I apontaram a “invasão” da lógica de mercado no contexto educacional. De tal maneira que se

²⁴ Expressão utilizada por José Paulo Netto, em Conferência no XII CBAS – 2007.

realizará um exame sobre as incursões desse movimento na formação profissional do assistente social, tendo como fundamento as *Diretrizes curriculares* para os cursos de graduação em serviço social.

3.4 As Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em serviço social

Conforme dito anteriormente, o Edital 4/97 publicado pela SESu/MEC convocou as instituições de ensino superior para que apresentassem as propostas de diretrizes para os cursos de graduação. No caso do serviço social essa atribuição foi realizada pela, então, Abess²⁵ (WANDERLEY, 1998).

A construção da proposta foi realizada coletivamente e contou com um amplo debate da categoria profissional. Foram realizadas diversas oficinas pelo Brasil, mobilizando docentes, discentes, supervisores de campo e as entidades organizativas da categoria profissional (Abess, Cfess, Cress, Enesso etc.), para que a revisão curricular pudesse abarcar as principais demandas da categoria e suprir as lacunas do antigo currículo de 1982.

A partir da homologação das diretrizes pelo MEC em 04/07/2001 se instaurou um amplo processo de readequação e implantação das referidas diretrizes nos cursos de serviço social do País.

Iamamoto retoma a polêmica instaurada em torno das diretrizes aprovadas pelo MEC, já que “a proposta original sofreu uma forte descaracterização no que se refere à direção social da formação profissional, aos conhecimentos e habilidades preconizados e considerados essenciais ao desempenho do assistente social” (2007, p. 445). Assim, de acordo com a autora, impediu-se que fosse garantido “um conteúdo básico à formação profissional no País”.

Para Boschetti, esse esvaziamento da proposta atual esteve em total consonância com a política que o MEC tem desenvolvido, de flexibilização e orientação para o mercado, e, no caso do serviço social em particular, em detrimento da “formação generalista e com perspectiva de totalidade” (2004, p. 24).

As oficinas promovidas pela Abepss para avaliação da implementação das *Diretrizes curriculares* (2002, 2004 e 2008) apontam uma série de dificuldades nesse processo. A oficina realizada em Niterói-RJ nos dias 6 e 7 de junho de 2002 indicou recomendações acerca do ensino do trabalho do assistente social.

²⁵ Atualmente denominada Abepss.

Essas recomendações dizem respeito à criação de instrumentos de capacitação para docentes e supervisores, compreendendo desde socialização de textos clássicos e básicos e outros que possibilitem o aprofundamento dos temas à elaboração de textos com densidade teórica, com fins didáticos acessíveis a docentes, discentes, bem como nas páginas da Internet e dos outros meios de divulgação; a participação mais efetiva dos cursos de pós-graduação na capacitação docente; a participação mais efetiva da pós-graduação no projeto de formação profissional referente a 2004. Para tanto, recomendou-se, também, entre outras, algumas tarefas desafiantes tais como: a discussão sobre o significado dos núcleos de formação profissional; acompanhamento de forma sistemática e constante do conjunto do corpo docente/discente e da supervisão de estágio; a sistematização das experiências das atividades complementares integralizadoras no currículo; o acompanhamento e a definição de estratégias de enfrentamento da redução dos cursos (MENDES, 2004, 9-10).

Passados dois anos, em nova oficina (2004), novos desafios foram incorporados à agenda da profissão. As demandas da formação profissional são cada vez mais problemáticas, dentro do contexto da contrarreforma universitária. Acentuaram-se, nesse âmbito, as discussões sobre a proliferação dos cursos de serviço social no País, sobretudo nas IES particulares, e os reflexos no projeto ético-político profissional. Nos textos dessa oficina é perceptível a preocupação da Abepss de garantir a formação profissional de qualidade, e também suas dificuldades. Dessa forma, ampliaram-se os debates sobre o processo de abertura dos cursos, o papel dos avaliadores e os conteúdos das disciplinas, muitas vezes incorporados mecanicamente e sem nexos lógicos nos projetos pedagógicos das escolas, ferindo, assim, a proposta da Abepss. Foi registrado, também, um avanço da pós-graduação em serviço social no Brasil – 18 programas, na ocasião (CARVALHO, 2004, p. 169), o que significou um avanço em termos de publicações de dissertações e teses e, conseqüentemente, de disseminação dessa produção.

É importante ressaltar que esses mesmos cursos de pós-graduação – que são importantes conquistas para a profissão na medida em que contribuem para a maturação intelectual – preparam os profissionais que atuarão nos cursos de serviço social espalhados pelo País. Portanto, sinalizam um descompasso entre o projeto formador das instituições e a resistência e condições dos sujeitos profissionais inseridos no espaço sócio-ocupacional das IES. Assim como os assistentes sociais inseridos em outros campos, que vivem na tensão entre o projeto ético-político profissional e a condição de assalariamento, os “assistentes sociais docentes” vivenciam as mesmas contradições. Nesse contexto, juntam-se as discussões mais ampliadas em torno da precarização do trabalho docente e da política educacional de

ensino superior no País a partir da expansão descontrolada de novos cursos de graduação, principalmente a partir da segunda metade da década de 1990²⁶.

O tema da reforma universitária tem sido uma constante nas discussões acerca da formação profissional. Em 2006 a Abepss enviou um CD-Rom com todas as informações sobre o processo de avaliação das *Diretrizes curriculares* para todas as unidades de ensino de serviço social do País. O objetivo da avaliação foi conhecer o processo de implantação das *Diretrizes*, englobando questões teóricas, políticas e operativas. Para isso, foram indicados alguns pontos a serem observados: 1) Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social; 2) Questão social; 3) Trabalho e serviço social; 4) Pesquisa; e 5) O tratamento dispensado à prática profissional²⁷.

A oficina nacional de 2008, realizada no Rio de Janeiro, trouxe para a agenda profissional aspectos relacionados ao contexto da formação dos assistentes sociais no Brasil, a partir da avaliação da implementação das *Diretrizes curriculares*. Prevaecem as dificuldades de articular os conteúdos ministrados pelas disciplinas com as propostas dos núcleos de fundamentação (núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; núcleo de formação sócio-histórica da sociedade brasileira e núcleo de fundamentos do trabalho profissional)²⁸.

Para Iamamoto (2007), esse é um dos maiores problemas na efetivação do projeto do serviço social brasileiro, já que permite que o conteúdo da formação seja livremente definido pelas unidades de ensino, desde que estejam submetidos aos núcleos. Assim, o “tom” das disciplinas pode ser facilmente organizado de acordo com as exigências do mercado, priorizando, muitas vezes, um ensino mais instrumentalizador, com forte ênfase no ensino e desarticulado da pesquisa.

Outro ponto de reflexão que tem merecido atenção da categoria e das suas entidades é a proliferação de cursos de graduação de serviço social na modalidade do ensino a distância (EAD), que tem trazido ao serviço social novas demandas e exigido posicionamentos na direção do enfrentamento acerca da política governamental no campo da educação com a expansão do nível superior, a partir da modalidade EAD.

Nesse sentido, a seguir será apresentado um panorama da graduação de serviço social no Brasil, dando ênfase à proliferação dos cursos de serviço social no País e ao debate sobre o ensino a distância e as suas implicações para o projeto ético-político profissional.

²⁶ Conforme dados elaborados no Censo do Ensino Superior publicado em 2003 (MEC/INEP/DAES, 2003).

²⁷ Disponível em: <<http://www.ufpe.br/new/visualizar.php?id=3837>>, acessado em 20 out. 2008.

²⁸ Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em serviço social, homologadas em 04/07/01 pelo MEC.

3.4.1 Os cursos de graduação de serviço social no Brasil a partir de 1990: elementos para análise

Para esse momento, parte-se do pensamento de Yazbek; Martinelli; Raichelis (2008) que afirmam que as profissões só podem ser analisadas a partir do desenvolvimento da própria sociedade e das relações sociais nelas inscritas.

Dessa forma, ao se propor uma reconstrução dos cursos de graduação de serviço social no Brasil a partir de 1990, pretendeu-se particularizar um momento em que a sociedade brasileira passou por um momento de reforço do ideário democrático, defendido árdua e corajosamente nas duas décadas anteriores. Este reforço ocorreu, porém, em um contexto de afirmação de um tipo de “pensamento único”, resultado do desmoronamento da experiência do socialismo do Leste europeu, que se traduziu para os intelectuais burgueses como o fim da história (cf. FUKUYAMA, 1992).

Assim, os ideais neoliberais vão se colocando perfeitamente na sociedade brasileira, que, com uma experiência frágil de democracia, endossa o discurso de modernização e as propostas nele embutidas de reforma do Estado. Fatalmente, a mesma força social que impulsionou a sociedade no processo de redemocratização do País e na definição de muitas conquistas legais traduzidas na Constituição de 1988 não teve a mesma força no enfrentamento da proposta liberal.

Ao pulverizar demais as lutas sociais e dar a elas um recorte meramente culturalista, diluindo, assim, a perspectiva de classe social, fragilizou-se a potência reivindicatória ao redor de questões mais coletivas e ampliadas da sociedade. Ou seja, fragmentou-se a classe social e se particularizaram as lutas em questões focais, pontuais e grupais, tudo isso em um contexto de crescimento do chamado “terceiro setor”²⁹ e daquilo que comporia, segundo Bresser Pereira (1997), “o público não-estatal”³⁰.

²⁹ “A articulação das lutas sociais tende a dificultar a busca da hegemonia burguesa da sociedade civil. Por outro lado, o isolamento (mediante a ‘setorização’ de esferas da sociedade) e a mistificação de uma sociedade civil (definida como ‘terceiro setor’), ‘popular’, homogênea e sem contradição de classe (que em conjunto buscaria o ‘bem comum’) em oposição ao Estado (tido como ‘primeiro setor’, supostamente burocrático, ineficiente) e ao mercado (‘segundo setor’, orientado pelo lucro), contribui para facilitar a hegemonia do capital na sociedade” (MONTAÑO, 2002, pp. 15-6).

³⁰ “No Brasil é comum pensarmos que as organizações ou são estatais ou são privadas. Na verdade podem ser públicas mas não estatais. Estas são essencialmente necessárias nas áreas de educação, da saúde, da cultura, das obras sociais e da proteção ao meio ambiente. Não é possível limitar as atividades dessa área ao mercado, mas também não faz sentido separá-la totalmente do mercado e colocá-la dentro do Estado. Nos países desenvolvidos um número crescente de escolas, de hospitais, de museus são organizações públicas não estatais. São fundações privadas, que recebem recursos do Estado, mas são autônomas em relação a ele. Que buscam recursos da sociedade, a qual servem. Que se inserem no mercado sem perder seu caráter público” (PEREIRA, 1997, p.11).

Sendo assim, o discurso da supremacia da sociedade civil organizada, articulada, ética e competente em detrimento de um Estado moroso, corrupto, burocrático e incompetente, sobretudo para o trabalho com as políticas sociais, seria a tônica dos governos FHC (1995-2002) e teve importantes impactos na configuração da intervenção social do Estado nesse período. Nesse sentido, a título de exemplo, tem-se a própria criação e desenvolvimento do Programa Comunidade Solidária³¹ e a homologação da Lei do Voluntariado (Lei 9.608, de 18 de fevereiro de 1998).

No campo da educação, em consonância com a supremacia do ideário neoliberal, foi sancionada a Lei de Diretrizes e Bases (Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996), discutida no Capítulo I desse trabalho, e trouxe implicações diretas para a formatação do ensino superior no País.

Antecipadamente, em 1992, Florestan Fernandes analisou a reforma em curso, prevendo que teria forte tendência a burocratizar a carreira docente e interna da universidade e que a suposta expansão de vagas no ensino superior “inundaria” a universidade de estudantes de graduação e pós-graduação sem criar condições mínimas de atender a essa demanda, como uma “tática” de enfrentar o movimento estudantil. Para ele, em um contexto de “desastre”, o setor privado, ou, como ele mesmo chamou, os “empresários na área da educação” (FERNANDES, 1992, p. 43) veriam uma oportunidade de negócio e os seus reflexos seriam sentidos sobretudo no campo da pesquisa, já que essas instituições não têm um compromisso com a pesquisa, necessária para o desenvolvimento econômico. Ainda, apontava com um grave problema a “conspiração do silêncio em torno da escola”, em que os debates acerca da universidade não chegavam à sociedade, caracterizando-se como um movimento endógeno, limitado às associações docentes e demais entidades da área educacional.

De fato, as análises de Florestan Fernandes se concretizaram e assistiu-se, na década de 1990, a um intenso sucateamento da universidade pública e a uma proliferação de cursos superiores no Brasil a partir das IES privadas.

Segundo Sguissardi, no período de 1994 a 2000, o número de IES privadas, especialmente aquelas com fins lucrativos, aumentou mais que as públicas (2004, p. 44). De um crescimento nacional de 38%, o percentual de IES privadas foi de 58%, enquanto as IES

³¹ “Este programa, proposto pelo governo Fernando Henrique Cardoso, no início de sua gestão, tem como alvo os segmentos mais pobres do País, inseridos em patamares inferiores a condições dignas de vida. Para administrar este programa, foi criada uma Secretaria Executiva e um Conselho Consultivo vinculado à Casa Civil, composto pelos ministros das áreas sociais e econômicas e 21 membros da sociedade civil. Não possui prerrogativas executivas, e suas finalidades estão mais voltadas à mobilização da sociedade civil, de entidades governamentais e não governamentais, e à integração entre os níveis federal, estadual e municipal, visando a ações conjuntas no ataque aos problemas da fome e da pobreza.” (SUPLICY; MARGARIDO NETO, 1995)

públicas diminuíram 23%, tendo em vista que as IES municipais decresceram de 86 para 54 e as IES isoladas estaduais diminuíram de 48 para 31. Ainda, nesse período, houve a manutenção do número de escolas federais (39) e um crescimento das IES federais de 18 para 22 e das universidades estaduais, que passaram de 25 para 30.

Os rebatimentos desse quadro ficam claros quando se analisa a evolução das matrículas de 1994 a 2000. Considerando os dados de Sguissardi, o número de matriculados em universidades do setor privado registrou um aumento de 121%, contra 36% no setor público. Nas IES privadas não-universitárias (isoladas, integradas ou centros universitários), o número de matriculados elevou-se em 53% e diminuiu em 10% nas públicas. De um modo geral, registrou-se em 2001 uma prevalência de matriculados no ensino superior nas IES privadas (70%) em relação às públicas (30%) (SGUISSARDI, 2004, p. 44).

Os dados apontados acima indicam um quadro de alteração no modelo de ensino superior do Brasil, sobretudo quando se tem a diversificação (ou flexibilização do sistema) de tipos de IES no Brasil no próprio arcabouço jurídico brasileiro. Esta “flexibilização” se deu por intermédio dos Decretos 2.207/97, 2.206/97 e 38.601/01, que liberaram um expressivo número de IES brasileiras do princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. É evidente que estão presentes nos conteúdos dos decretos a visão e os interesses dos organismos multilaterais e algumas entidades ligadas ao empresariado, sobretudo aqueles que têm “negócios” na educação.

O Andes-SN (2003), em análise da proposta de reforma universitária em curso, apontou o que estaria por de trás da ideia de “flexibilização” do sistema de ensino superior no País:

a adoção [de] um padrão unitário de qualidade da universidade brasileira como meta a ser alcançada não significa a busca da homogeneização das instituições. A diversidade necessária para se atender às diferentes demandas sociais deve ser respeitada. Trata-se da elevação geral do padrão de qualidade das universidades de maneira, inclusive, a contribuir para a superação das diferenças regionais do desenvolvimento econômico e social. É um princípio que se contrapõe à concepção de um padrão de qualidade desigual para o ensino superior que admite a coexistência de “centros de excelência”, dedicados à transmissão e à produção do conhecimento, formadores das elites, e “instituições periféricas”, que se ocupam apenas da reprodução do conhecimento destinado à profissionalização das classes menos favorecidas (pp. 13-4).

Consciente das diversidades e particularidades regionais e locais, portanto, a referida entidade propôs um plano unitário de qualidade para as IES que contemplaria, a partir de seus princípios, o

ensino público, gratuito, democrático, laico e de qualidade para todos; autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira (inclusive das instituições privadas em relação às suas mantenedoras); democratização interna e liberdade de organização do corpo discente e docente; indissociabilidade das esferas de ensino, pesquisa e extensão; condições dignas de trabalho aos docentes (carreira unificada, isonomia salarial, estabilidade no emprego, política de capacitação docente, plano de carreira) (ANDES-SN, 2003, pp. 15-6).

Ao contrário do que foi proposto e defendido pela categoria organizada dos docentes de ensino superior, assistiu-se à manutenção das diferenciações entre as IES, o apoio às iniciativas de educação a distância (graduação e pós-graduação) e o enquadramento dos cursos sequenciais e tecnológicos como cursos superiores. Tais posições, definidas na reforma universitária, vão privilegiando e alicerçando a concepção ideológica de educação como um serviço, e não como um direito.

O serviço social sentiu os reflexos desse processo na medida em que, como todas as profissões, assiste à crescente alteração do panorama dos cursos de graduação no País, com fortes incursões no perfil do aluno, que passa a ser essencialmente trabalhador e jovem (INEP, 2006).

A abertura desordenada de cursos de graduação de serviço social no País, com privilégio do setor privado e forte heterogeneidade das políticas de formação, tem se configurando como um quadro de expansão da profissão complexo e complicado.

Com base nos dados trazidos por Iamamoto (2009, p. 438), o País possui 82.000 assistentes sociais ativos, número que equivale ao segundo maior contingente de assistentes sociais no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, que possuem 150.000 profissionais de um total de 500.000 assistentes sociais.

No Brasil existem 253 cursos de graduação em serviço social – 46 em instituições públicas, com 5.358 vagas (16%), e 207 em instituições privadas de ensino superior, somando 27.465 vagas (84%). Iamamoto (2009, p. 41), citando dados do Inep/MEC de 2007, apontou que nesse ano havia 32.823 assistentes sociais em formação no Brasil.

Percebe-se, a partir desses números, que a mercantilização da educação tem sido encaminhada a largos passos, haja vista a redução de investimentos no setor público em prol do desenvolvimento de condições que favoreçam o setor privado, como abordado anteriormente. No entanto, uma delas tem sido objeto de grande discussão dentro do serviço social, que é a modalidade de ensino a distância (EAD).

Recorre-se novamente a Iamamoto (2009, pp. 41-2) para elucidar a situação dos cursos de graduação a distância em serviço social. Tomando como base o ano de 2007, de acordo

com a autora, existem no País seis cursos de graduação na modalidade EAD, responsáveis por 9.760 vagas informadas, sendo somente um de caráter público, da Fundação Universidade do Tocantins (Unitins)³², e os outros cinco em instituições privadas (Uniderp – Campo Grande/MT; Univali – Santa Catarina; Unit – Aracaju/SE e Unopar – Londrina/PR). A projeção da autora é que, somadas as vagas presenciais e a distância, em 2010 o número de profissionais irá dobrar no Brasil.

Pode-se antever, já no curto prazo, um crescimento acelerado do desemprego nessa área, visto que dificilmente a oferta de postos de trabalho poderá acompanhar, no mesmo ritmo, o crescimento do contingente profissional, pressionando o piso salarial e estimulando, no curto prazo, a precarização das condições de trabalho e a insegurança do trabalho (IAMAMOTO, 2009, p. 42).

Algumas consequências desse processo já são sentidas no campo da formação profissional. A categoria profissional organizada sempre se posicionou contrariamente à EAD³³, sobretudo na graduação, porém, os esforços não foram suficientes para que os cursos tivessem início (o primeiro curso de graduação de serviço social na modalidade EAD foi iniciado na Unitins, no segundo semestre de 2006). Assim, o debate e a crítica têm apontado desafios e exigências para a sustentação do projeto ético-político profissional, sobretudo com a entrada dos graduados em serviço social na modalidade EAD, que pode alterar sensivelmente a “face” da profissão no País.

As principais críticas derivam da própria lógica em que está assentada a EAD. A primeira delas é que, sob o prisma do avanço tecnológico, essa modalidade propiciaria um maior acesso ao ensino superior, já que diminuiria os custos, à medida que amplia o acesso a diferentes sujeitos e regiões do País. Contrariamente ao “mito da democratização do ensino superior”, tem-se de pautar a discussão em outro ponto: a quem se destinam os cursos de graduação na modalidade EAD? A perversidade da proposta está justamente em reforçar desigualdades, já que é destinada aos “excluídos” do ensino superior.

A segunda crítica está na necessidade de um alunado preparado e disciplinado para a autoaprendizagem, capaz de lidar com os conhecimentos e habilidades por si só. Nesse sentido, percebe-se a presença de um conteúdo político que trata do aligeiramento na

³² Em 19 de agosto de 2009 a Unitins foi descredenciada pelo MEC e, em razão disto, as entidades da categoria Cfess, Cress, Abepss e Enesso produziram uma *Carta aberta aos estudantes e trabalhadores dos cursos de graduação a distância em serviço social no Brasil* em 9 de setembro de 2009, reafirmando sua posição contrária a essa modalidade de ensino. Cf. <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=305>, acessado em 19 fev. 2010.

³³ Em 17 de fevereiro de 2006 as entidades Enesso, Abepss e Cfess enviaram um *Manifesto* ao ministro de Estado de Educação, Fernando Haddad, e à sociedade brasileira, tendo como assunto os cursos de graduação a distância em serviço social. Documento disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/entidades_graduacaodistfev2006.pdf>, acessado em 19 fev. 2010.

formação das pessoas, caracterizando um ensino sem criticidade, apostilado e, portanto, sem profundidade teórica, além de impossibilitar espaços e mediações pedagógicas importantes para a formação profissional, por exemplo, as oficinas.

Por último, tem-se o próprio cumprimento das *Diretrizes curriculares* para os cursos de graduação de serviço social; a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e, particularmente, a questão da regulamentação da supervisão direta do estágio.

No sentido do enfrentamento da categoria profissional organizada, quanto à proliferação dos cursos de graduação de serviço social, sobretudo aqueles a distância, podem-se citar algumas iniciativas que ocuparam (e ocupam) a agenda profissional. Uma delas foi a discussão acerca do Exame de Proficiência para os recém-formados³⁴, apresentado como uma estratégia para garantir a formação profissional qualificada, já que o exercício profissional pressupõe a aprovação neste Exame. Após amplo debate, a proposta foi suspensa.

Outra iniciativa está vinculada ao estágio supervisionado. Em 2008, o Cfess publicou a Resolução Cfess nº 533³⁵, de 29 de setembro, em que regulamenta a supervisão direta de estágio no serviço social, trazendo importantes mudanças no que tange aos parâmetros institucionais para o desenvolvimento de uma política de estágio. A presente resolução, enquanto

norma regulamentadora, acerca da supervisão direta de estágio em Serviço Social, deve estar em consonância com os princípios do Código de Ética dos Assistentes Sociais, com as bases legais da Lei de Regulamentação da Profissão e com as exigências teórico-metodológicas das *Diretrizes curriculares* do Curso de Serviço Social aprovadas pela Abepss, bem como o disposto na Resolução CNE/CES 15/2002 e na Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008 (CFESS, 2008).

Uma das inovações da resolução está presente no art. 3º, § único, que define o número de estagiários por supervisor, tendo como limite máximo um estagiário para cada dez horas semanais de trabalho.

Dessa forma, pretende-se “frear” a expansão descontrolada dos cursos de graduação de serviço social, especialmente os sequenciais e a distância. Ainda nesse sentido, tem-se recorrido à condição do serviço social inserido no conjunto das profissões de saúde, tendo em vista o § 2º do art. 28 do Decreto 5.773, de 9 de maio de 2006 que estabeleceu essa lógica de

³⁴ Cf: *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 94, jun. 2008.

³⁵ A Unopar – uma das instituições que oferecem cursos de graduação na modalidade a distância, encaminhou, em junho de 2009, representação ao Ministério Público Federal/Procuradoria da República no município de Londrina (PR) alegando ilegalidade da referida resolução, tendo sido arquivada pelo procurador da República João Akira Omoto, que reconheceu a legalidade da resolução. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=338>, acessado em 20 fev. 2010.

restrição e autorização de cursos da área de saúde à anuência do CNS. Nessa perspectiva, “a criação de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, inclusive em universidades e centros universitários, deverá ser submetida, respectivamente, à manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil ou do Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 2006). Para que esse mesmo processo de restrição às novas aberturas de cursos de serviço social ocorra é preciso que se valide e reforce a presença do assistente social como um trabalhador em saúde.

Conforme já abordado anteriormente, o serviço social possui uma interface com a saúde e ganhou outra centralidade a partir do SUS. Assim, como as necessidades sociais se complexificam a partir do desenvolvimento da sociedade brasileira, passam a exigir novas funções do assistente social na saúde. Marcadamente, o serviço social alargou suas funções para o campo do controle social, a democratização dos serviços e o trabalho socioeducativo. Costa apontou as tendências atuais de requisições do assistente social na saúde, destacando a diversidade de tarefas que “evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde” (COSTA, 2006, p. 340).

Dentro do campo ético-político, a conjugação entre serviço social e saúde ocorre a partir da defesa intransigente dos direitos, do controle social e da legitimação dos princípios do SUS pelo Estado, assim como o enfoque à família e aos diferentes recortes do social, presente na política de saúde, que só poderão ser enfrentados quando forem articuladas as políticas, sobretudo no âmbito da seguridade social.

A partir de 2004 há uma maior aproximação de fato do serviço social, enquanto profissão representada por suas entidades, com o movimento de formação de recursos humanos para a saúde, com a participação no “AprenderSUS”, bem como a participação de assistentes sociais na Rede Unida³⁶. Ambas as situações passaram a exercer um papel importante de interlocução do serviço social com grupos de associações de profissionais da área de saúde.

Tal movimento se desdobrou em um convênio entre Abepss, Opas e MS a partir do Projeto Serviço Social: Interfaces com a Saúde, com o acompanhamento de um Comitê

³⁶ Como já mencionado, dois dos sujeitos desta pesquisa participaram da Rede Unida. Vera Maria Nogueira participou ativamente dos debates produzidos pela Rede e foi um importante sujeito na interlocução do serviço social com a área. Regina Miotto, em seu depoimento, relatou sua participação em uma Oficina da Rede Unida em Belo Horizonte, como profissional convidado. Atualmente ocupa o cargo de primeiro-vice-presidente da Rede Unida a Prof^a Regina Maria Giffoni Marsiglia, assistente social e professora da PUC-SP.

Gestor, composto por docentes assistentes sociais que representavam as seis regionais da Abepss (MOTA; UCHÔA, 2006, p. 10).

Assim, instaurou-se o debate dentro da profissão por meio de seminários, fóruns permanentes de discussão e debates, encontros regionais. O produto final foi a produção de materiais didáticos e uma coletânea de textos em CD que se transformou em um livro (MOTA *et al.*, 2006) que foi distribuído às instituições de ensino de serviço social no País, a fim de auxiliar a aproximação das *Diretrizes curriculares* do serviço social e o SUS.

Registra-se, ainda, a participação da Abepss no Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde (Fnepas), um importante campo de luta em prol da superação do modelo biologista e espaço de fortalecimento das estratégias para interferir na graduação.

É importante ressaltar que esse movimento foi (é) permeado de tensões e que ainda carece de maior debate e maturação. Mas ele está posto e, dessa forma, é preciso capturar como a profissão, no campo da formação na graduação, tem encaminhado a questão do assistente social como um trabalhador da saúde; se as *Diretrizes curriculares* garantem essa condição e se o trato que vem sendo dado à saúde (predominantemente pelo relato da prática) tem possibilitado aos profissionais – isolados, em um primeiro âmbito, no exercício profissional, e coletivamente – a capacidade de dialogar, debater e contribuir com o movimento maior de qualificação dos trabalhadores de saúde.

No próximo capítulo será apresentada a pesquisa que se orientou a partir desses questionamentos.

IV – FORMAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

4.1 Na direção da pesquisa de campo: motivações, inquietações e procedimentos metodológicos

As inquietações que acompanharam o desenvolvimento desse trabalho foram encaminhando e complementando as escolhas bibliográficas, que, somadas à constituição histórica do objeto de pesquisa, delinearam e configuraram a organização da pesquisa de campo. É evidente que, ao propor o estudo, como parte do próprio projeto de pesquisa, foi detalhada a forma como se realizaria a pesquisa. O que se considera importante registrar é o entendimento da realização da pesquisa como um processo de aprendizagem e maturação, com inflexões na própria pesquisa de campo.

A partir das reflexões expostas nos capítulos anteriores, parece evidente que o que interessa nesse estudo é a captura das relações existentes entre formação profissional e formação para o trabalho na saúde. Ainda, mais especificamente a questão do assistente social como um profissional de saúde e sua formação específica.

Aparentemente, formam-se dois eixos expressos no decorrer do trabalho: de um lado, um movimento nacional de discussão acerca da formação de trabalhadores em saúde; de outro, o serviço social enquanto profissão legitimada e socialmente reconhecida pelo seu caráter de atuação generalista, mas com a classificação no campo da atuação profissional, como uma profissão da saúde³⁷. Sendo assim, pela própria configuração do serviço social no Brasil, é desnecessário discursar sobre os diferentes enfoques que a atuação profissional caminha e sobre a unidade dos espaços sócio-ocupacionais, em um projeto coletivo, que é o projeto ético-político profissional. A investigação proposta transita sobre a análise dos pontos de encontro e de tensão entre essas temáticas.

Parte-se dessas ideias iniciais para o desvelamento das relações que, por vezes, apresentam-se diferentemente do que são. A dúvida e o questionamento são os grandes motores da pesquisa científica e movimentam a construção do conhecimento para além do acesso à informação.

³⁷ “O Serviço Social é uma das 14 (catorze) (*sic!*) categorias profissionais de nível superior consideradas da área de saúde, definidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998.” (UCHÔA, 2007, p. 188.)

O desafio a que esse trabalho se propõe, portanto, elege a pesquisa qualitativa como caminho, já que seu objeto/sujeito é o homem e a sociedade e permite revelar, por intermédio de seus recursos e procedimentos, a lógica interna de determinados grupos, ao privilegiar como campo de análise os significados e as vivências desses sujeitos.

A pesquisa qualitativa se preocupa, em essência, com os significados da vida humana – portanto, é altamente complexa, sobretudo no contexto contemporâneo, em que o próprio movimento da história provoca e atualiza as demandas do cotidiano.

Minayo avalia que, a partir da especificidade das ciências sociais, a objetividade é inatingível, o que torna possível somente objetivações. “Portanto, a objetivação, isso é, o processo de construção que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, seus parâmetros e sua especificidade, é o critério mais importante de cientificidade” (2000, p. 35). Daí advém a importância dos métodos e técnicas de pesquisa, envolvendo todas as etapas da organização do processo, o que garante um rigoroso trato teórico-metodológico ao objeto.

Outra importante consideração é a de que, vencida a tese da neutralidade da ciência e ciente de que a realidade pode ser vista de diferentes formas, reforça-se a importância da teoria como aporte para a garantia de uma cientificidade nas ciências humanas. Portanto, torna-se relevante esclarecer que, ao apresentar os caminhos metodológicos percorridos, pretende-se ultrapassar uma visão de “dever” em contraposição a uma noção de completude, que insere a metodologia na questão maior do trabalho acadêmico: polemizar o objeto de estudo, priorizando seu caráter totalizante, histórico e dialético.

O presente estudo procurou demonstrar o percurso que a formação profissional para a saúde teve no Brasil e as suas incursões no conjunto da vida social brasileira, considerando para isso o papel do Estado, os diferentes atores e seus projetos em disputa e o contexto econômico, social e político em que se movimentam essas forças. Particularizando para o caso da saúde, tratou-se de apresentar a disputa por um modelo de saúde para o País.

Nesse sentido, recupera-se a importância da compreensão de diferentes concepções e visões que, articuladas, compõem, no caso da pesquisa em questão, o debate da formação para a saúde no Brasil. O enfoque da pesquisa de campo é a interlocução com o serviço social e sua posição nesse debate.

É reconhecida a produção intelectual do serviço social na saúde, que aponta para um acúmulo de discussão na área. São inúmeros pesquisadores que olham para as questões da saúde e alimentam o debate em torno do tema, nos mais diferentes níveis dentro da graduação e pós-graduação. A título de exemplificação, pode-se elencar a resposta positiva do I Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, realizado pelo Cfess e pelo Cress-PE entre 8

e 10 de junho de 2009, em Olinda, que reuniu centenas de assistentes sociais para debater a atuação profissional na área; bem assim, o documento produzido pelo Cfess, intitulado *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*.

Partindo dessa realidade, a definição dos sujeitos se construiu a partir de duas premissas importantes para essa pesquisa. A primeira parte da compreensão de que, ao discutir formação profissional – e formação profissional para a atuação na saúde –, é eminente a importância que a profissão em questão, no caso o serviço social, confere ao tema da formação. Por isso, a pesquisa dedicou atenção a fonte documental expressa nas *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de serviço social*, sua construção e implementação histórica, procurando discutir o projeto de formação profissional sistematizado, defendido e realizado pela categoria profissional, enquanto projeto coletivo. “A análise documental, muito mais que localizar, identificar, organizar e avaliar textos, som e imagem, funciona como expediente eficaz para contextualizar fatos, situações momentos” (MOREIRA, 2005, 276). A segunda premissa particulariza o debate da formação profissional dentro de uma área de atuação específica – a saúde. Dessa maneira, deve-se reconhecer que, ao trazer a área da saúde, objetivou-se produzir um estudo que fosse capaz de expressar a realidade da profissão em uma perspectiva interdisciplinar.

É da relação desafiadora e inquietante com outras áreas de conhecimento e que se dá no cotidiano que emerge uma experiência concreta capaz de ampliar os horizontes profissionais e de redefinir objetos de atenção profissional no âmbito da pesquisa e da intervenção – sempre aspectos articulados, sem perder de vista que o ponto de partida dessa relação é o próprio serviço social (BOURCUIGNON, 2008, p. 117).

Para isso, considerou-se a importância da categoria profissional na direção do processo formativo, seja na condição de docentes, representantes de entidades, profissional e/ou supervisor de estágio ou de estudante. A qualidade de uma proposta que abarque opiniões diferenciadas e até mesmo conflitantes, dentro do que seria a formatação final de um projeto de formação profissional construído nessas tensionalidades, depende da capacidade de mobilização e organização de tais atores. O serviço social tem uma estrutura representativa forte e atuante. Nesse sentido, ressalta-se a atuação do conjunto Cfess-Cress, além da

Abepss³⁸, que representam uma capacidade de difusão dos debates e organização da agenda política do serviço social que conferem à profissão certa credibilidade social³⁹.

Essa estrutura é importante para que a profissão consiga se colocar frente aos grandes debates postos à sociedade brasileira. Em seus escritos políticos Gramsci (2004, p. 134) já elucidava a importância da organização e da unidade de orientação, além da preocupação com o domínio da base teórica, como alicerces da ação do Partido Comunista Italiano (GRAMSCI, 2004, p. 294). Assim, a garantia de uma formação e uma ação coesa, o que não significa sem conflitos, é fundamental para a garantia do projeto ético-político da profissão.

Vale dizer que o confronto de posições e divergentes aportes teóricos fazem parte dessa “unidade”, contemporizadas, já que dentro do serviço social o pluralismo é um dos princípios do Código de Ética Profissional. A ideia de “unidade de orientação” tomada de Gramsci para este trabalho tem que ver com a radicalidade da fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Ou seja, para além das opções teóricas, deve permanecer o compromisso com a qualidade e o aprofundamento das questões estudadas e experimentadas no cotidiano.

Dessa maneira, entende-se que a construção de um arsenal de conhecimentos e saberes é importante para o desenvolvimento da profissão de forma geral. Mas a disponibilização, o acesso e o trato desses “saberes” revelam a dificuldade e o alcance dessas construções. Conforme dito no decorrer deste trabalho, as condições históricas da formação social do Brasil reforçaram as diferenças regionais em todos os campos. Na educação superior não foi diferente, de forma que algumas regiões do País sofreram tardiamente o processo de institucionalização de universidades, sobretudo públicas, tendo somente se expandido o ensino superior, de forma geral, na década de 1990, com ênfase no âmbito privado. Assim, a possibilidade de continuar o processo de formação no campo da pós-graduação ficou restrito a algumas cidades brasileiras, centralizando a ação nas capitais. Atualmente, dos 26 cursos existentes de pós-graduação *stricto sensu* em Serviço Social e Políticas Sociais (CAPES,

³⁸ A Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social tem sua origem em 1946, com a formação da antiga Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social. As informações específicas da entidade, bem como seu estatuto e demais aspectos correlatos, estão disponíveis em: <<http://www.abepss.org.br/index.html>>, acessado em 19 ago. 2009.

³⁹ Assistentes sociais são citados como exemplo de resistência. “Junto com alguns deputados e mais vinte pessoas que representavam as entidades sociais, o presidente do ANDES (Sindicato Nacional dos Docentes do Ensino Superior) Fernando Pires foi recebido pelo presidente da Câmara dos Deputados Michel Temer. Fernando entregou um documento que relata o risco que o SUS está correndo com o PLP 92/2007. Disse que a sociedade civil é contra esse projeto e citou o exemplo da categoria de assistentes sociais: ‘Em seminário recente, o Conselho Federal de Serviço Social e cerca de mil assistentes sociais aprovaram moção de repúdio a esse projeto. A categoria tem mais de 84 mil profissionais em todo o País’.” Disponível em: <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=253>, acessado em 19 ago. 2009.

2009), essa realidade comprova-se a partir de sua distribuição: região Norte com dois; região Nordeste com sete; região Sudeste com dez; região Centro-Oeste com três e região sul com quatro. Como se observa, a maior concentração é na região Sudeste, em particular no eixo Rio-São Paulo.

Deve-se ressaltar, de acordo com Uchôa (2007), que a vasta produção do serviço social na área da saúde não tem repercutido nas bibliografias utilizadas pelas instituições formadoras, conforme dados da pesquisa de implementação das *Diretrizes curriculares* nacionais realizada pela Abepss em 2006, quando se verifica a pequena presença de autores do serviço social como referência para as disciplinas que tratavam da temática da saúde.

Todas as áreas e profissões tendem a formar um rol de autores que ajudam a tornar, pelas suas discussões e publicações, os projetos profissionais mais palpáveis e próximos da realidade dos sujeitos. Desempenham, portanto, um papel de “formadores de opinião” e seus trabalhos e elucidações tendem a compactar uma visão ou posição dentro de algum campo específico do saber. Segundo Uchôa (2007), os autores do serviço social mais citados como referência para disciplinas relativas à área da saúde foram Ana Maria Vasconcelos, Dilséa Bonetti, Eduardo Mourão Vasconcelos, Lúcia Rosa, Maria Dalva Horácio, Maria Inês Bravo, Maurílio Matos e Vera Nogueira.

Essas considerações servem para justificar a escolha dos sujeitos da pesquisa de campo, quando se entendeu que a direção formativa da profissão está corretamente amparada em um projeto profissional coletivo que se constrói por inúmeros atores, incluindo uma vanguarda acadêmica (VASCONCELOS, 2002) que tem uma grande responsabilidade no processo de formação e debate profissional. Sendo assim, a intencionalidade da amostra levou a selecionar pessoas que desempenham essa função na profissão no âmbito da saúde, já que a relação formação profissional, serviço social e trabalhador de saúde pode ser apreendida por muitos enfoques.

De acordo com Bourguignon (2008), a escolha do sujeito que participa das pesquisas produzidas pelo serviço social está sempre vinculada a sua experiência, mediatizada por determinações de ordens diversas. Por isso, a seleção do sujeito é sempre primordial, exigindo que “o pesquisador selecione um sujeito que tenha vivência profunda sobre a temática a ser trabalhada, que realmente os depoimentos e as informações decorram da vivência do sujeito” (BOURGUIGNON, 2008, p. 161).

Diante do exposto, deve-se deixar esclarecido que, ao se privilegiar determinadas organizações, dentre inúmeras que existem, não se tratou de utilizar nenhum critério de valor ou mérito, mas de selecionar aquelas que compuseram o referencial teórico construído nesse

trabalho. Dessa maneira, focaram-se as instituições e organizações que estivessem mais próximas da direção no campo da formação profissional, não em detrimento de outras, mas como recorte para fins exclusivos desta pesquisa.

O próximo passo foi selecionar quais sujeitos, dentro dessa vanguarda acadêmica, poderiam compor o conjunto de entrevistados. Como é conhecido nos estudos qualitativos, a seleção dos entrevistados tende a não recorrer a amostras probabilísticas. Segundo Duarte (2005), existem dois tipos básicos de amostras não probabilísticas: a convencional e a intencional. Enquanto a primeira é baseada na viabilidade, a segunda parte da “seleção por juízo particular, como conhecimento do tema ou representatividade subjetiva” (DUARTE, 2005, p. 69).

Sendo assim, como é impossível aferir valores e posições para esses assistentes sociais e suas produções, retirando a possibilidade de qualquer “personalismo”, para melhor delimitação acondicionaram-se outros elementos importantes para refletir sobre o serviço social, formação profissional e formação profissional para os trabalhadores de saúde. Tendo como norte a própria organização teórica desse trabalho, foram definidos os seguintes sujeitos.

- um representante da Abepss – por ser uma entidade representativa da categoria e a responsável direta pela formação profissional;
- um representante do serviço social no Fnepas – Fórum que congrega as entidades representativas dos cursos de graduação em saúde;
- um profissional que participou das discussões sobre a proposta das *Diretrizes curriculares* para os cursos de serviço social; e
- um profissional que integre a Rede Unida, pois esta tem uma participação importante na interlocução entre o serviço social e as demais profissões de saúde, no que tange à questão da formação profissional dos trabalhadores de saúde.

A ideia da representatividade associada à contribuição teórica e analítica ofereceu a sustentação, dentro da proposta da pesquisa qualitativa, para o número de quatro sujeitos. Concorde-se aqui com Martinelli, “o importante é a densidade da experiência e não a extensão do grupo” (2005, p. 122); assim, para fins desse trabalho, não interessa a questão do percentual numérico, mas sim as contribuições em processos-chave (as *Diretrizes curriculares*, a Rede Unida, o Fnepas, dentre outros) levados por indivíduos que, inseridos em

determinados contextos e situações, foram essenciais para a configuração do serviço social em particular, e para as discussões do serviço social na saúde em específico.

As representações por si só já indicavam os nomes dos sujeitos. Assim, ao buscar as entidades surgiram as referências e se iniciaram os contatos para a realização das entrevistas. Considera-se importante explicitar que a adoção da entrevista como instrumento de coleta de dados tem que ver com a possibilidade de “encontro entre pessoas”, portanto, além das informações que são colhidas, há toda uma série de particularidades da pesquisa de campo que só são possíveis nesse momento. Assim, a identificação visual e todas as suas conexões: a voz, as expressões corporais, emoções etc. compõem – junto com a possibilidade de reconhecimento recíproco entre o entrevistado e o entrevistador, como indivíduos sociais que são, assistentes sociais, trabalhadores, mulheres e homens com todas as realidades que expressam e carregam as principais contribuições dessa técnica de pesquisa.

A entrevista, reconhecida como um dos “instrumentos mais usados nas pesquisas sociais” (MARSIGLIA, 2006, p. 392), privilegia o homem/sujeito como detentor de uma informação, mas também de uma história. Por alguns instantes há uma penetração no mundo desses indivíduos e suas falas e realidades são marcadas por um “chão” que expressa um pouco das vidas desses sujeitos.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2000, pp.109-110).

As exigências para utilização da entrevista como técnica de pesquisa se vinculam ao marco teórico-conceitual do trabalho; à seleção das fontes de pesquisa; à realização e ao trato das informações colhidas como elementos essenciais para a credibilidade e validade do estudo, já que deixa estabelecidos os limites deste tipo de pesquisa (DUARTE, 2005).

Sendo assim, como os sujeitos estão vinculados ao serviço social de forma geral, a pesquisa de campo foi realizada em diferentes locais e a partir da disponibilidade dos sujeitos e da pesquisadora. O que demandou um longo período de coleta de dados – de abril a novembro de 2009. Os contatos foram realizados por *e-mail* ou telefone e agendadas as entrevistas em datas e locais definidos. Estas foram remarcadas muitas vezes, pois, quando a demanda não surgia do entrevistado, advinha da pesquisadora. De forma geral, as entrevistas ocorreram em três Estados brasileiros: São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro de entrevista (apêndice I) que auxiliou no processo de captura das informações que permitissem chegar o mais próximo possível aos objetivos do trabalho, já que partia da interlocução de questionamentos básicos e interessados à pesquisa, mas permitia que novas interrogações surgissem no decorrer da entrevista e pudessem, dessa forma, ser esclarecidas (TRIVIÑOS, 1990). O roteiro foi dividido em duas partes, que conformam as duas grandes *categorias de análise* do trabalho: a) *serviço social e formação profissional* e b) *Formação de recursos humanos para a saúde*. Na primeira parte as questões versaram sobre as *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em serviço social* e na segunda parte foram tematizadas mais especificamente a questão da formação profissional do assistente social e sua condição de trabalhador da saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para que pudessem ser apreendidos os depoimentos em sua totalidade e fidelidade. A utilização da técnica do gravador é muito comum na pesquisa qualitativa, pois permite o registro fiel e preciso das falas do sujeito, garantindo, assim, rigoroso trato do material coletado. As fitas ficarão sob posse da pesquisadora por cinco anos e em seguida serão incineradas.

As entrevistas transcritas foram enviadas, por *e-mail* aos sujeitos para sua apreciação e devolvidas por três deles. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice II).

Em relação à descrição e análise dos dados, o pesquisador assume a posse das informações colhidas nas entrevistas e as articula. Nesse processo, tomou-se como suporte a análise do discurso, que privilegia a fonte oral como recurso primordial para a pesquisa (MARTINELLI, 2005). De acordo com Brandão (2004), tomado como figura entre a língua e a fala, o discurso é visto como ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos, tendo importante destaque as condições históricas, institucionais e sociais. Sendo assim, o discurso nunca é somente uma formação linguística, mas está carregado de significados e ideologias.

No discurso, as relações entre esses lugares [marcados por propriedades diferenciais] acham-se representadas por uma série de “formações imaginárias” que designam o lugar que destinador e destinatário atribuem a si mesmo e ao outro, a imagem que eles fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro (BRANDÃO, 2004, p. 44).

De tal maneira, esse movimento de interação dos discursos, *eu* e *outro*, permite que, ao considerar o depoimento de determinados sujeitos, sejam também capturados elementos que os conformam, ou seja, como esses sujeitos foram formados enquanto sujeitos, permitindo assim que se compreendam os significados de seus discursos. Ainda, pretende-se atribuir

destaque aos componentes do discurso (ideologia e inconsciente) para eliminar qualquer tentativa de centralizar o sujeito descolado de sua relação com o poder (ideologia) e com o desejo (inconsciente) (BRANDÃO, 2004).

A análise do discurso apresenta-se como um caminho recomendável para a pesquisa de campo, tendo em vista que os sujeitos são sujeitos coletivos⁴⁰, posta a sua identificação como *vanguarda acadêmica*, e são partícipes fundamentais da produção de sentido dentro dos discursos profissionais do serviço social.

Assim, para efetuar o trabalho com as narrativas transcritas, foram estabelecidas duas grandes categorias para direcionar a análise:

as categorias manifestam as diferentes determinações constitutivas do ser, ou seja, totalidades parciais que só conseguem reconhecimento e compreensão científica pelo menos no plano do materialismo histórico-dialético, quando são visualizadas dentro de totalidades mais abrangentes /.../. Por meio das categorias podemos, então, fazer uma viagem do singular ao universal, mediatizados pelo particular (SETÚBAL, 1999, p. 80).

a) serviço social e formação profissional – Pretendeu-se nessa categoria desvendar o processo de formação profissional do serviço social e seus desdobramentos na profissão. Para isso, partiu-se do documento organizado pela Abepss – *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação de Serviço Social*, analisando-se sua construção, implementação e desafios atuais.

b) Formação de recursos humanos para a saúde – Tomando como área de análise a saúde, procurou-se investigar o processo de formação de recursos humanos para este trabalho e a participação do serviço social enquanto um profissional da área. Esta categoria abarcou o debate sobre a formação profissional generalista e a atuação específica, confrontada sobretudo às competências e habilidades profissionais e às necessidades postas ao aspecto formativo do trabalhador de saúde no contexto do SUS.

A seguir está uma breve apresentação dos sujeitos com as informações disponíveis na Plataforma Lattes e as respectivas organizações que atuaram ou possuem vínculo de acordo com a temática da pesquisa.

- **Abepss** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Elaine Rossetti Behring**, atual presidente da entidade, bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2, possui graduação (1987), mestrado (1993) e doutorado (2002) em serviço social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente, é professora-adjunta da

⁴⁰ “Quando uso a noção de sujeito coletivo é no sentido de uma coletividade onde se elabora uma identidade, se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas” (SADER, 1988, p. 55).

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tem experiência na área de serviço social, com ênfase em política social, orçamento público e fundamentos do serviço social, atuando principalmente nos seguintes temas: serviço social, seguridade social, política social, assistência social e trabalho. Coordena o Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social (Gopss) e é membro do Programa Pensamento Social e Realidade Brasileira na América Latina, bem como do Centro de Estudos Octavio Ianni, a ele ligado, e ao Procad/Capes, liderado pela UnB e coordenado pela professora na UERJ.

- **Fnepas** - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde⁴¹. **Maurílio Castro de Matos**, representante da Abepss (gestão 2009-2010) no Fnepas, possui graduação (1996) e mestrado (2000) em serviço social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutorado em serviço social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009). Atualmente é professor-assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e assistente social da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias. Tem experiência na área de serviço social, com ênfase em política social da saúde e da criança e adolescente, atuando principalmente nos seguintes temas: formação profissional, exercício profissional, assessoria e controle social. É o representante da Abepss no Fnepas.

- **Rede Unida/Oscip** – Rede Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde/Oscip⁴². **Vera Maria Ribeiro Nogueira**, foi integrante da Rede Unida e diretora da Abepss, integra o Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2 e possui graduação em serviço social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1967), mestrado na mesma área pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1990), doutorado em Enfermagem (linha de pesquisa saúde e sociedade) pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002) e

⁴¹ “O *Fnepas* - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde, criado em julho de 2004, congrega entidades envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional na área da saúde. Atualmente, o Fnepas é composto pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica - Abem, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, Associação Brasileira de Ensino Odontológico - Abeno, Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia - Abenfisio, Associação Brasileira de Ensino de Psicologia - ABEP, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - Abepss, Rede UNIDA, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional - Reneto, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - Abrahue, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco e Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico – Abenfar”. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>, acessado em 7 nov. 2009.

⁴² “A **Rede UNIDA** reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal ideia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. Não se trata de qualquer parceria: trata-se de uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos. Funciona com uma Secretaria-Executiva, atualmente em Londrina [PR], que procura dinamizar as relações entre os membros, propondo debates e intervenções organizadas em eventos, e questões relevantes das políticas de saúde e educação em nosso País.” Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/index.php>>, acessado em 5 nov. 2009.

pós-doutorado na Universidad Autónoma de Barcelona - Departamento de Sociologia - Seminário de Análise de Políticas Públicas - Saps. Professora-adjunta da Escola de Serviço Social/Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas e do mestrado em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do CNPq. Atualmente é consultora *ad hoc* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Editora da *Revista Sociedade em Debate* do mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Tem experiência na área de serviço social, com ênfase em serviço social aplicado, atuando principalmente nos seguintes temas: política de saúde, direito à saúde, formação profissional, direitos sociais, políticas sociais, saúde em fronteiras e Mercosul.

- **Docente pesquisadora vinculada a área da saúde. Regina Célia Tamasso Miotto**, docente em Serviço Social e ex-diretora da Abepss, atuou intensamente na construção das *Diretrizes curriculares nacionais* para o serviço social e esteve presente na Assembleia da Abepss de aprovação das referidas *Diretrizes* em 1996, no Rio de Janeiro. É bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2 e possui graduação em serviço social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1973), mestrado em educação pela Universidade Estadual de Campinas (1989) e doutorado em saúde mental pela Universidade Estadual de Campinas (1994). Realizou pós-doutorado na Universidade de Perugia-IT. Atualmente, é professora-associada da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de serviço social, com ênfase em serviço social da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: serviço social, família e proteção social, família e intervenção profissional e formação e intervenção profissional.

4.2 – Os discursos dos sujeitos da pesquisa: formação profissional e o trabalho em saúde

O termo currículo vem do latim *curriculum* e traduz a ideia de carreira, percurso, lugar onde se corre, campo (VASCONCELLOS, 2009). A expressão *Vitae curriculum* foi utilizada por Cícero (106 a.C. – 43 a.C.), grande orador e pensador político romano, e depois em sermões de Calvino (1509-1564), que lhe deu o sentido de caminhada, que tem um fim e que passa por determinadas etapas. Tal sentido foi absorvido pelas igrejas protestantes, escolas e

universidades e passou a traduzir dois sentidos: percurso individual ou proposta curricular (HAMILTON, 1992, pp. 32-5).

O serviço social, em sua trajetória profissional, manteve cuidado com o currículo orientador da formação dos quadros profissionais. Um exame na obra de Sá (1995) sobre conhecimento e currículo em serviço social auxilia no entendimento de como os modelos de organização curricular atenderam a determinados objetivos da profissão, de acordo com o seu tempo histórico. Nesse sentido, Moreira e Silva disseram que “o currículo não é um elemento transcendente e atemporal – ele tem uma história, vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação” (MOREIRA; SILVA, 2006, p. 8)

É sob esse prisma que as *Diretrizes curriculares* aqui abordadas são entendidas: “como produto de um amplo e sistemático debate realizado pelas unidades de ensino a partir de 1994” (ABEPSS, 1996) e como expressão de um novo contorno jurídico-institucional, deflagrado na LDB (Lei 9.394 de 20/12/1996), que oportunizou a definição de diretrizes curriculares para os cursos de graduação.

A concepção de currículo abarca, conforme Vasconcellos,

o conjunto de *formulações* (representações, saberes, programas, disciplinas e estruturas) e de *experiências* (atividades práticas, vivências) propiciadas pela instituição de ensino para a formação dos sujeitos (educandos, mas também educadores e comunidade) de acordo com as grandes finalidades que se propõe expressas no Projeto Político Pedagógico (VASCONCELLOS, 2009, p. 28 – grifos do autor).

O documento *Diretrizes gerais para o curso de serviço social – Abepss*, foi aprovado em Assembleia-Geral extraordinária da categoria profissional no Rio de Janeiro, dia 8 de novembro de 1996. Compõe o documento uma breve *apresentação* em que se recupera o histórico do processo percorrido pela categoria até a proposta apresentada para as *Diretrizes curriculares*. Bem como a justificativa de que “os novos perfis assumidos pela questão social frente à reforma do Estado e às mudanças no âmbito da produção requerem novas demandas de qualificação do profissional, alteram o espaço ocupacional do assistente social, exigindo que o ensino superior estabeleça padrões de qualidades adequados” (ABEPSS, 1996). São apresentados como

1) pressupostos da formação profissional: a particularidade do serviço social como profissão interventiva, a relação do serviço social com a questão social, o agravamento da questão social frente à reestruturação produtiva do capital, o neoliberalismo e a reforma do Estado no contexto brasileiro e a determinação do processo de trabalho do

serviço social *pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social* (ABEPSS, 1996);

2) princípios e diretrizes da formação profissional: a) princípios: flexibilidade de organização dos currículos plenos, rigoroso trato teórico e metodológico da realidade social e do serviço social, adoção de uma teoria social crítica, superação da fragmentação de conteúdos na organização curricular, estabelecimentos da dimensão investigativa e interventiva como princípios formativos, padrões idênticos de desempenho e qualidade para os cursos diurno e noturno, caráter interdisciplinar, indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, exercício do pluralismo como elemento próprio da natureza da vida acadêmica e profissional, ética como princípio formativo e indivisibilidade entre estágio e supervisão acadêmica; b) diretrizes curriculares: apreensão crítica do processo histórico como totalidade; apreensão da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do serviço social no país, apreensão do significado social da profissão, apreensão das demandas postas ao serviço social, exercício profissional respeitando a legislação profissional em vigor;

3) Nova lógica curricular: conjunto de conhecimentos inseparáveis que se traduzem em *núcleos de fundamentação* constitutivos da formação profissional, a saber: núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social, núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e núcleo de fundamentos do trabalho profissional. No documento os núcleos são apresentados, destacando os objetivos e objetos de análise particular de cada um deles. Ainda, refere-se às *matérias básicas* que compõem a matriz curricular e possíveis desdobramentos, destacando as disciplinas, seminários temáticos, oficinas/laboratórios e atividades complementares. Contém um conjunto de *matérias básicas propostas*: sociologia, ciência política, economia política, filosofia, psicologia, antropologia, formação sócio-histórica do Brasil, direito, política social, acumulação capitalista e desigualdades sociais, fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social, processo de trabalho do serviço social, administração e planejamento em serviço social, pesquisa em serviço social e ética profissional. Por fim, apresenta as *atividades indispensáveis integradoras do currículo*: o estágio supervisionado e o trabalho de conclusão de curso.

4) Observações e recomendações: carga horária mínima do curso, tempo mínimo e máximo para integralização do currículo, abertura às IES de aproveitamento de estudo, garantia de maior carga horária às disciplinas de serviço social, defesa do mesmo

padrão de qualidade para cursos diurno e noturno, enfoque na necessidade de prever e sistematizar as atividades complementares, o total da carga horária mínima do curso que o estágio supervisionado deve traduzir (15%) e a determinação do prazo de dois anos, após aprovação do MEC, para sua implantação.

Em 2001, as *Diretrizes* foram parcialmente aprovadas pelo MEC, que apresentou algumas alterações com sensíveis reflexos no campo da formação, já tematizados no presente estudo e abordados pelos sujeitos da pesquisa posteriormente. Após a aprovação, os cursos de serviço social no Brasil passaram por processos de reestruturação curricular, atendendo às novas orientações. Embora já tenha sido objeto de análise anterior, é bom lembrar que as *Diretrizes* foram implementadas no contexto da reforma do Estado de forma geral e da reforma universitária de maneira particular, momento em que ocorreu a expansão de cursos superiores no Brasil, marcadamente privados. Em relação aos cursos de serviço social o “triênio 2002-2004 merece destaque, uma vez que o número de cursos novos no País passou de 112 para 162, ou seja, teve um aumento de 69,1%” (SCHMICKLER; RIBEIRO, 2006, p. 463).

Em um processo de crescente expansão dos cursos e com uma proposta de formação profissional diferenciada, tanto teórica quanto metodologicamente, as discussões e debates em torno da implementação da proposta das *Diretrizes* não conseguiram atingir de maneira uniforme todas as IES. Em alguns cursos novos implantados nesse período, não foi possível nenhum apoio ou suporte nesse momento importante, que é a constituição da matriz curricular e de um projeto político-pedagógico que sedimente as *Diretrizes* e princípios do documento. Inevitavelmente, inúmeros equívocos e prejuízos foram sentidos pela categoria profissional, com os quais se convive até o presente momento, conforme as avaliações lideradas pela Abepss têm demonstrado.

Dessa forma, merece destaque o debate acadêmico e das vanguardas profissionais como orientadores e sistematizadores desse processo. Conforme se aprende com Vásquez, “nas condições específicas da sociedade dividida em classes antagônicas, o patrimônio cultural, de que é parte a herança filosófica, não é possível por igual para as classes dominantes e para as classes oprimidas” (1968, p. 305); condições objetivas e históricas de vida e de formação conformam as posições de determinados sujeitos em relação à própria profissão. Não se pode ignorar o conteúdo de classe presente na constituição do intelectual. Ainda com Vásquez, é notório que “só os intelectuais formados nas instituições da classe

dominante têm possibilidade de aproveitar o legado cultural existente e reelaborá-lo num ou noutro sentido” (1968, p. 305).

Nessa direção, a partir do discurso particular dos indivíduos pesquisados neste trabalho, pretende-se, reconhecer esses sujeitos como históricos e ideológicos, em que suas afirmações são recorte das “representações de um tempo histórico e de um espaço social. Dessa forma, como ser projetado num espaço e num tempo orientado socialmente, o sujeito situa seus discursos em relação ao discurso do outro” (BRANDÃO, 2004, p. 59).

Respeitando essas primeiras considerações, para análise da pesquisa desenvolvida para esse estudo partiu-se das categorias serviço social e formação profissional – *Diretrizes curriculares* nacionais para os cursos de graduação. (implantação, avaliação, dificuldades e desafios) e formação de recursos humanos para saúde – formação profissional do assistente social e sua condição de trabalhador da saúde.

Na primeira categoria de análise estão presentes os questionamentos referentes ao processo de discussão para a construção das *Diretrizes curriculares* para os cursos de graduação em serviço social, seus resultados, dificuldades e desafios, traduzidos em uma tentativa de avaliação particular do documento e de seu processo de implementação.

A segunda categoria de análise contempla as reflexões oriundas do serviço social no conjunto das profissões da saúde e sua participação nas discussões sobre os recursos humanos nesta área. Ainda, contemplou o projeto de formação profissional e o trabalho na saúde, tomando como referência as competências e habilidades do assistente social, preconizadas na lei que regulamenta a profissão.

Os sujeitos são identificados pelos vínculos com as entidades representativas envolvidas na pesquisa e na discussão da temática, como a seguir, ex-Rede Unida (Vera Maria Ribeiro Nogueira, já foi diretora da Abepss), Presidente/Abepss (presidente atual da entidade Elaine Rossetti Behring), Representante/Fnepas (Maurílio Castro de Matos – representante da Abepss no Fnepas) e docente/pesquisadora (Regina Célia Tamasso Miotto, ex-diretora da Abepss com produção vinculada a área da saúde).

4.2.1 Serviço social e formação profissional – *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação* (implantação, avaliação, dificuldades e desafios)

A construção das *Diretrizes curriculares* seguiu a marca que o serviço social foi imprimindo ao longo da história da profissão no Brasil: o debate permanente e democrático. Todos os sujeitos da pesquisa frisaram a importância de construir uma proposta coletiva em torno de um projeto de formação profissional, materializada nas oficinas regionais, que foram os espaços por excelência de debate da categoria quanto às mudanças na graduação. Suas experiências nessas oficinas, sua compreensão sobre o debate e seus desdobramentos refletem o momento do serviço brasileiro e as intencionalidades e apostas que compõem as atuais *Diretrizes*.

Para ex-Rede Unida, o grande mérito das *Diretrizes curriculares* foi assegurar a presença de um conjunto de matérias e disciplinas na matriz curricular. Para ela, a grande questão posta no documento, que carece de debate, é a da intervenção profissional:

o Serviço Social é uma profissão de intervenção, então nós temos que qualificar para a intervenção, todo o aparato teórico, metodológico, ético, político vai ser para subsidiar a intervenção /.../. A intervenção para os profissionais... algum grupo que acha que você, tendo uma referência teórica fundamental, você capacita e está tudo pronto para a intervenção, eu tenho uma posição um pouco contrária a isso. Isso é fundamental, é claro, você precisa ter gente qualificada teoricamente, muito bem qualificada, para poder fazer uma intervenção de qualidade, mas aqui tem um salto que me parece que não vem sendo cumprido, não vem sendo atendido, porque quando a gente começou as *Diretrizes curriculares* foi um processo de avaliação, naquela ocasião, muitíssimo interessante, também porque nós fazíamos oficinas locais, foram mais de 600 oficinas feitas no País. O pessoal se sentiu muito comprometido com as *Diretrizes*, foi uma construção bem coletiva mesmo, mas depois, na operacionalidade caiu, voltou a discussão do bendito processo de trabalho, que ocupou um tempo imenso da profissão, da discussão temática da profissão, dos eventos, e depois cada unidade de ensino (UE) foi fazendo do jeito que achava, não alterou nada, não alterou nem estágio, não alterou coisa nenhuma, acho que foram poucas as experiências inovadoras e me parece que continua a mesma questão, o mesmo problema. (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Em análise muito próxima, a docente/pesquisadora também apontou o momento de discussão das *Diretrizes* como espaço marcado por debates e grandes movimentações.

Foi um processo de revisão, eu acho, importante, porque ele vinha na contramão daquela visão teoricista do serviço social que tinha sido colocada pelo currículo de [19]82. E eu acho que quem participou –e aí eu coloco um

pouco, vamos dizer, da vanguarda, dos assistentes sociais, dos professores, da Abepss, eles estavam muito preocupados com a questão da intervenção profissional (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Assim como para ex-Rede Unida, a docente/pesquisadora destacou, como ressaltado, a discussão da relação entre serviço social e trabalho. Para ela, na tentativa de dar uma sustentação teórica à condição de profissão interventiva, o serviço social – ao trazer essa temática para o debate em um momento em que não havia amadurecimento em “termos de corpo teórico” –, trouxe um grande problema para a profissão: a categoria ansiou por delegar ao exercício profissional, à intervenção, um papel de destaque na nova proposta de formação, mas acabou gerando um debate no campo acadêmico que “complicou muito a questão dos procedimentos e de como encaminhar, de verdade, a mudança curricular nos cursos”. E, continua, “isso foi um período muito difícil justamente para a gente tentar operacionalizar o que estava proposto nas *Diretrizes*, e aqui eu enfatizo muito a questão do exercício profissional” (Docente/pesquisadora, em entrevista para esta pesquisa).

A presidente/Abepss abordou a construção das *Diretrizes* dando ênfase ao grau dos debates e discussões teóricas travados para a construção do documento. Como parte do grupo de assessores da Abepss que acompanhou as oficinas, relata que sua memória é de

reuniões enormes no Rio de Janeiro e Pernambuco desse grupo de assessores. E nós tivemos discussões intensas, uma das grandes discussões que houve foi em torno da matéria do serviço social. Havia três posições, a UERJ na época defendia que o extracurriculo deveria girar em torno da Política Social e da Assistência, a assessora Sueli Gomes defendia uma posição em torno da questão da proteção social, mas com todo um fundamento na nova história e no debate da longa duração, e a Marilda [Iamamoto] colocando o eixo na questão social. Então, nós tivemos que discutir muito isso, e no final das contas nós da UERJ fomos convencidos de que o locus da intervenção profissional poderia ser a política social, mas a matéria é a questão social, aquilo que requisita a política. (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Tomadas hoje como produto final desse processo, as *Diretrizes curriculares* não podem ser compreendidas como uma ação de determinados grupos ou pessoas com a finalidade de atender a uma determinação legal, até porque o serviço social deflagrou o processo de revisão curricular bem antes da LDB. Nesse sentido, o relato da presidente/Abepss é registro vivo da fertilidade no campo teórico, plural e participativo desse processo de construção. Sob outra perspectiva, a mesma, também ressaltou a questão do exercício profissional.

E a minha avaliação é de que as *Diretrizes curriculares* são um grande salto, sobretudo se elas forem compreendidas plenamente, são um salto no sentido de equilibrar um pouco mais o exercício profissional com os

fundamentos. A formação da década de [19]80 foi uma formação muito marcada pelo debate do método e o debate teórico que eu acho que gerou uma certa ênfase na dimensão teórico-metodológica em detrimento da história e do trabalho, então, eu acho que as *Diretrizes* produzem esse equilíbrio entre a dimensão dos fundamentos teórico-metodológicos, a dimensão histórica e o trabalho profissional, principalmente quando se introduz a questão da inserção do profissional nos processos de trabalho, eu acho que isso enriquece muitíssimo as possibilidades de interpretação do exercício profissional, e também de uma compreensão não-corporativa do fazer profissional. (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Nota-se que há uma análise divergente entre os sujeitos, ex-Rede Unida, docente/pesquisadora e presidente/Abepss sobre a questão do exercício profissional e da intervenção nas *Diretrizes*, quando pensadas na discussão do processo de trabalho.

A ex-Rede Unida e a docente/pesquisadora, ao situarem o exercício profissional como o elemento central que deveria ter norteado as *Diretrizes*, trazem para o debate uma questão nodal atualmente para a profissão: a discussão do processo de trabalho. De certa forma, os relatos dos sujeitos de pesquisa apontam com uma tendência que pode ser comprovada na avaliação das *Diretrizes* em 2006 e denunciada por Iamamoto em 2007. Assim, conforme já foi dito, ao efetivar “alterações” nas *Diretrizes curriculares*, assunto que será pormenorizado posteriormente, o MEC trouxe grandes prejuízos para sua implantação, já que anunciava a “impossibilidade de garantir um conteúdo básico comum à formação profissional no País” (IAMAMOTO, 2007, p. 446). O exemplo trazido por ex-Rede Unida é a comprovação dessa realidade, quando, na avaliação da implementação das *Diretrizes* em 2006, percebe-se que as dificuldades relacionadas ao eixo serviço social e trabalho apontam: frágil compreensão das categorias trabalho e processo de trabalho como aporte teórico do serviço social; dificuldade de entender as implicações teóricas e operativas da utilização do conceito de processo de trabalho na formação profissional do assistente social; dificuldade para lidar com a dimensão operativa da profissão a partir do conceito de processo de trabalho; ausência de transversalidade da discussão de trabalho e processo de trabalho em relação aos estágios e à prática profissional, dentre outros (ABEPSS, 2008).

Ao focar a discussão no marco teórico do processo de trabalho, abriu-se um “vácuo” e, na impossibilidade de preenchê-lo com orientações mais claras e definidas sobre o processo de trabalho, permitiram-se múltiplas interpretações e discussões sobre a temática, orientadas pela instituição de ensino ou pelos corpo docente responsável pelas disciplinas, por vezes equivocadas e/ou fragilizadas.

A presidente/Abepss reconheceu que as *Diretrizes curriculares* comportam muitos *flancos* e incluiu dentre eles o debate sobre o processo de trabalho. Em seu depoimento,

expressou o desejo de fomentar a discussão sobre trabalho e processo de trabalho, inclusive “retomar esse embate até para nós fazermos uma publicação que oriente mais as discussões nas Unidades, esse é um momento das *Diretrizes*” (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

A discussão travada em torno do tema serviço social e trabalho é importante por trazer para a profissão questões diferenciadas em torno da categoria trabalho, bem como quanto ao próprio entendimento da utilidade da profissão, do assistente social como um trabalhador e de suas demandas no contexto do mundo do trabalho. No entanto, como bem expressou a Presidente/Abepss, há muitas temáticas que conformam as *Diretrizes curriculares*, e como o conhecimento é amplo demais e a tendência da ciência e de seus cientistas e intelectuais tem sido, diante da impossibilidade de dominar este todo, agarrar-se a determinados objetos de estudo, o perigo reside em focar seus recortes e suas próprias linhas de pesquisa. Assim, não se trata de “julgar” se o debate é pertinente ou não, pois todo debate é, mas de refletir se essa discussão não está posta para um pequeno grupo, pesquisadores e acadêmicos de uma forma geral, em detrimento de uma categoria que se utiliza das formulações deste grupo para refletir e qualificar sua ação profissional. Nesse caso, o excessivo tom “academicista” que o debate sobre serviço social e trabalho tem tomado na profissão deixou de produzir material para refletir sobre o exercício profissional, ou seja, o trabalho do assistente social. O que, de fato, tende a fortalecer o isolamento entre a academia e os serviços, e nesse ponto reside o perigo expresso no radicalismo teórico ou prático, em que na supremacia de um sobre o outro há uma evidente perda para o conjunto dos assistentes sociais que buscam referenciais teóricos capazes de subsidiar e qualificar sua ação profissional.

Muito próximo ao depoimento da presidente/Abepss está o discurso do representante Fnepas, que traz uma contribuição importante quando a recuperação da construção das *Diretrizes* é registro de sua representação enquanto movimento estudantil, ao contrário de todos os demais sujeitos. Assim como a presidente/Abepss, retoma o debate a partir das posições divergentes em torno da matéria do serviço social e destaca a contribuição de Marilda Iamamoto, inicialmente ao trazer para o debate a questão do trabalho e do processo de trabalho do serviço social; depois, em sua opinião, a autora avança e “identifica que o serviço social na realidade está inserido em processos de trabalho” (Representante-Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Acho que foi um momento rico, na minha opinião, claro que o currículo, ele contempla uma posição, ele não articula, ele não faz um /.../ dessas várias posições, mas na minha opinião, foi fruto de um discurso, de um processo de discussão maduro. Ou seja, eu acho que não tem, assim, vencidos e

vencedores. Eu acho que a própria categoria, essas inúmeras oficinas que tive oportunidade de participar, elas construíram, apontaram para uma direção hegemônica e coletiva, mesmo com todas essas... Eu acho que se está tão correta essa minha análise, minha opinião, que mesmo com todas essas polêmicas no meio da categoria profissional, no seio, hoje, a gente tem uma defesa das *Diretrizes* com todas as ofensivas, aí, do que o MEC fez com elas, da sua implementação. (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Merece uma análise particular a interferência do MEC na proposta original das *Diretrizes curriculares* feita pela Abepss. A presidente/Abepss classifica essas alterações como “perdas irreparáveis”:

foram perdas irreparáveis, todo o entendimento que o Conselho Nacional de Educação tem é de diretrizes praticamente formais, burocráticas, todas as matérias saíram, e algumas coisas de perfil, por exemplo, tiraram a dimensão ético-política e colocaram conhecimentos de informática. Isso é o mais terrível que poderia acontecer. Na verdade, na minha opinião, a única coisa que eles salvaram e que nos favorece é a questão do estágio supervisionado; todas as outras dimensões foram largamente prejudicadas. E isso causa um estrago muito grande, porque as unidades de formação acadêmica que se construíram depois disso e que não participaram desse processo histórico /.../, até como referência da Abepss, das diretrizes da Abepss etc., enfim ficam com a referência do MEC, que é uma referência pobre, paupérrima. É uma violência contra uma área que realizou um debate tão importante e que não conseguiu ser regulamentada. O grande desafio inclusive é difundir as *Diretrizes*, capacitar para sua implementação (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

A posição do representante/Fnepas sobre a interferência do MEC nas *Diretrizes curriculares* é de que tal ingerência, “no aspecto, primeiro, formal, ela é pequena na medida em que a própria Abepss conseguiu direcionar os avaliadores de curso, ela consegue colocar essa questão da implementação das *Diretrizes*” (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

O entrevistado ressaltou também um limite posto a qualquer currículo, quando considerado, de acordo com Moreira e Silva, um “artefato social e cultural /.../ colocado na moldura mais ampla de suas determinações sociais, de sua história, de sua construção contextual” (MOREIRA; SILVA, 2006, p. 7). Nessa perspectiva, o representante/Fnepas apontou que, além da interferência do MEC, outros elementos postos pela realidade social brasileira causaram prejuízos ao processo de implantação das *Diretrizes*, citando a própria “expansão do ensino privado, a necessária articulação entre ensino, pesquisa e extensão, condições de trabalho, espaço físico, bolsas permanentes para os alunos” (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Então, nesse sentido as *Diretrizes* não têm sido um avanço, porque as condições dos trabalhos da maioria das universidades apontam para outro

lado, que não esse. Então, você tem um currículo formal, a maioria das faculdades está tendo várias disciplinas que a gente defende, mas, na realidade, isso ainda é muito pouco frente à necessidade do processo de formação profissional como um todo (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Nesse mesmo sentido, a docente/pesquisadora apontou que a homologação das *Diretrizes curriculares* pelo MEC esteve em consonância com o momento da reforma universitária, a qual “via sim uma flexibilização curricular e um interesse bastante grande, inclusive, na diminuição das horas dos cursos. A formação técnica /.../ vinha toda aquela discussão logo em seguida, nesse processo, vinha nessa esteira toda dos cursos equivalentes” (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Quanto ao posicionamento da categoria frente às ofensivas da reforma universitária, tendo como mote a homologação das *Diretrizes*, tanto a presidente/Abepss como a docente/pesquisadora apontaram uma fragilidade das organizações da categoria:

E que na época nós não tivemos uma reação política à altura, inclusive nós só soubemos que havia perdas – eu estava na Presidência do Cfess – através de um texto da professora Marilda Iamamoto, produzido para o Cfess, onde ela colocou essa questão e que nos deixou... aí fomos conversar com a Abepss, enfim, até tivemos nessa época algumas tensões políticas em torno dessa questão (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Eu acho que o MEC deu a direção que tinha que dar e a profissão e o serviço social não estavam, não tinham consolidação suficiente para segurar esse tipo de discussão. Nem sei se poderia ter, mas, em tese, eu acho que não tinha uma base consensual e de compreensão da profissão no Brasil inteiro. Inclusive por causa das questões que já estavam em discussão. Mesmo a questão do trabalho: serviço social era trabalho ou não era trabalho? Mesmo as formas com foi o processo de trabalho do serviço social, daí, “não, não é trabalho!”, “é em serviço social”, “não, é do assistente social”. Então, quero dizer, eu acho que pegou num momento em que tinha fragilidade no âmbito da profissão e uma reforma que estava acontecendo e ela acontece independente de o serviço social se alinhar a ela ou não (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

É pertinente destacar no depoimento da docente/pesquisadora a consciência da limitação do serviço social frente às mudanças mais gerais no cenário do ensino superior. Embora seja possível admitir que uma maior articulação com outras profissões no processo de homologação das *Diretrizes*, bem como a denúncia sobre o posicionamento do MEC à sociedade de forma geral, mas, sobretudo à categoria profissional, pudessem ter gerado alguma possibilidade de mudança, é fato que o estado brasileiro e sua forma patrimonialista de governar têm garantido as suas demandas pela via do autoritarismo e do poder de governo.

Dessa forma, tanto a formação como o exercício profissional do assistente social não podem ser autonomizados das marcas sócio-históricas da sociedade brasileira, bem como das

atuais transformações societárias. Nessa direção, ganha centralidade a discussão da intervenção social. Yasbek ressalta que, na medida em que o assistente social vai se firmando como um profissional da intervenção, “a profissão busca atualizar-se, redefinindo seus procedimentos e estratégias de ação, adequando-se às novas demandas e redefinições do mercado de trabalho” (2004, p. 18).

As questões da intervenção e do exercício profissional são uma constante no discurso da ex-Rede Unida e da docente/pesquisadora. Estão presentes em suas análises o reconhecimento da densidade teórica das *Diretrizes*, sua construção democrática e coletiva, sua consonância com o código de ética e a lei que regulamenta a profissão, enfim, partes constitutivas do documento que permitem uma avaliação positiva dele, mas que por si só não garantem a formação de qualidade pretendida e menos ainda projetos pedagógicos inovadores:

o meu conhecimento, pelo contato com os profissionais, que eu também tenho tido muito contato, e mesmo de avaliar cursos, porque eu avalio curso, sou avaliadora, e quando eu avalio os cursos eu fico vendo como esses alunos aprendem a fazer serviço social, eles aprendem a ser de uma maneira, a intervenção... mesmo quando você pega os relatórios de estágios, os planos de estágio, é de uma fragilidade, de uma inconsistência, um senso comum, uma repetição de palavrório que não diz nada, eles não conseguem extrair do real aquilo que é o chão da profissão, que é o chão da intervenção profissional. /.../ eu faço uma crítica também de como os alunos continuam sendo formados a partir dos campos de estágio, a formação da ação profissional é no campo de estágio, não é pela universidade, por mais que se tenha tentado. (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

A formação profissional tem um papel importante e decisivo na direção social que a profissão quer imprimir à sua atuação no real, ou seja, na sociedade em que está inserida.

A qualificação profissional é uma construção individual, coletiva e contínua e, portanto, é inacabada (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 21). Sendo assim, considerando os espaços de qualificação diferenciados, universitários, comunitários, movimentos sociais, serviços, assim como os sujeitos envolvidos neste processo, eles não podem ser analisados da mesma forma, devem ser considerados em suas particularidades, bem como o alcance de seu potencial educativo mediante as condições objetivas (e subjetivas) do sujeito aprendiz. Qualificar o serviço é qualificar a formação profissional.

Embora esteja contemplada nas *Diretrizes curriculares* a diversidade de espaços formadores, o que se tem presenciado é que poucas instituições têm investido nesse quesito, considerando-se o fato de que a maior parte das IES privadas não possui grupos ou núcleos de extensão (ABEPSS, 2008). Postergam, dessa maneira, momentos importantes no processo de ensino-aprendizagem. Tal informação é relevante quando a distribuição de IES por categoria

administrativa revela a supremacia do setor privado (com 89% das instituições, contra 11% públicas, divididas entre federais – 4,6% –, estaduais – 3,6% – e municipais – 2,7%). É importante salientar que estão incluídas aqui todas as IES que oferecem cursos de graduação (presencial e a distância) (INEP, 2009, p. 6). Dessa forma, ocorreria uma espécie de “naturalização” da perspectiva do estágio como a única forma de relação teoria *versus* prática no contexto do serviço social.

O estágio é de uma potencialidade alta, porém, isoladamente, torna-se fragilizada. Ademais, há a persistência de construir uma política de estágio restringindo-se a questões jurídicas, normativas, e desprivilegiando a sustentação desse processo; ou seja, o rompimento com as visões parciais e fragmentadas da experiência profissional e a capacidade de produzir vivências mais “orgânicas” com os serviços, para que possam gerar conhecimento, pontos a ser alcançados no longo prazo. A atual gestão da Abepss assumiu a tarefa de construção de uma política nacional de estágio, que contempla essa perspectiva e está em processo de discussão⁴³. Conforme relato:

Mas nós, nessa gestão da Abepss, nós resolvemos atacar pelo estágio, porque o estágio é uma disciplina-síntese da formação profissional, todos os problemas da formação estouram no estágio, em vista dos conteúdos, da articulação, da teoria prática, dimensão da ética, e segundo porque há uma regulamentação no Congresso Nacional que já foi sancionada sobre o estágio e também a resolução do Conselho Federal de Serviço Social. Então, a gente achou que era importante a Abepss orientar as universidades, nesse momento em que inclusive a legislação do Congresso coloca a questão do estágio não-obrigatório. É como algo a ser acompanhado do ponto de vista acadêmico, isso não cabe nos projetos pedagógicos de várias Unidades de Formação Acadêmica (UFA), inclusive que não têm quadros docentes para fazer esse acompanhamento. É um debate quentíssimo, nós estamos soltando um documento-base agora, nesse mês, já está começando a circular, a ideia de fazer oficinas regionais e esse debate culminar em uma oficina nacional que vai aprovar uma política nacional de estágio (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Por outro enfoque de análise sobre o estágio, a ex-Rede Unida aponta como, contraditoriamente, o estágio pode produzir uma “*desigualdade na formação profissional*”, quando os limites reais, seja do número de campos de estágio, pela sua qualidade diferenciada ou ambos os casos, direcionam aos melhores campos os melhores alunos mediante processo de seleção, relegando um número alto de estudantes a estágios de baixa qualidade. Para ela, “no campo de estágio aquele profissional que é atuante, interessado, comprometido; esse profissional iria fazer isso mesmo, formar os alunos no seu perfil, e formava bem, mas, em

⁴³ Para mais informações, ver: <http://www.abepss.org.br/briefing/graduacao/politica_nacional_estagio.pdf>, acessado em 10 fev. 2010.

uma classe de 40 alunos, você tem 10 que vão ter esse estágio, e os outros 30 você tem que colocar num lugar que os aceite” (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Essa é uma questão de grande importância para pensar a política de estágio sobretudo como uma política que contemple as diferenças de natureza das instituições. O setor privado exerce grande pressão sobre a questão do estágio, pois, se, por um lado, tende a ter menos campos de estágio próprios, por outro, em muitos casos os estágios são a garantia de bolsas de estudo que são revertidas ou garantem o pagamento de mensalidades escolares. Dessa forma, ao pensar sobre o ensino da prática e o estágio supervisionado, é exigida, conforme Vasconcelos (2009), a reflexão sobre o projeto político-pedagógico da instituição, pois é muito difícil pensar no currículo sem articulá-lo com as funções das instituições de ensino. É fato que existem, independente dos docentes assistentes sociais, muitas instituições de ensino que assumem para si a política de estágio, vinculando-a imediatamente à questão do mercado, ou seja, o estágio a serviço do “contratante”.

Uma tentativa de garantir certa padronização da formação profissional pelo estágio foi realizada em Florianópolis (SC), segundo relato de ex-Rede Unida; em linhas gerais, balizou-se pela premissa de que quem ensina é a universidade, por intermédio de campos de estágio e de oficinas organizadas a partir das competências e habilidades exigidas pela profissão e transformadas em conteúdos teóricos e práticos que servirão de fundamento para o agir profissional, ou seja, nesse formato, o aluno não iria mais “aprender no estágio, mas sim praticar” (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa). Essa experiência foi resultado de uma pesquisa da referida professora sobre o processo de formação de outras profissões.

Quem tem estágio assim como nós? Eu fui ver. Eu percebo que algumas áreas profissionais davam toda a formação e todas as habilidades, as habilidades exigidas para as competências pela universidade, pelo curso, e depois o aluno ia fazer o estágio como se fosse um estágio profissional já, só que ele não era um profissional, ele ficava sob a supervisão de um profissional, só que formalmente ele teria todo conhecimento necessário para a ação. Mudou a natureza do estágio, ele não iria mais no estágio para aprender, porque já tinha aprendido na universidade, mas ele ia para praticar sob a supervisão de um profissional para dizer se ele está apto ou não. Isso acontecia no sétimo período, no oitavo período ele voltava para o departamento para fazer um fecho de tudo isso. (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Assim como o discurso construído pela experiência é particular, também serve para demonstrar certas regularidades. Tematizar sobre as necessidades de mudanças nos projetos formadores e nos processos educativos pode significar transitar por uma zona de instabilidade, em que as coisas têm obrigatoriamente de sair do lugar e ser revistas, comprovando a ideia de

que propostas consolidadas e de estruturas muito rígidas se tornam muito difíceis de ser vencidas, como os currículos, as orientações didáticas, as metodologias de ensino etc.

Romper com o discurso genérico da formação profissional de qualidade, partindo da compreensão de que a formação se dá no contexto das relações sociais e deve se pautar por elas, tomando como mote “a formação de caráter básico, sem ele a formação específica e profissional pode se tornar puro adestramento” (MOTTA, 1994, p. 111) e avançar para uma formação profissional para o serviço social na perspectiva da totalidade: ensino público de qualidade; políticas educacionais consolidadas; garantia de financiamento e suporte à gestão são temas que ainda carecem de investigação particularizada e produção de conhecimento capazes de fomentar novas experiências e substanciar o debate sobre o estágio. Como aponta Gentili (2000), os desafios postos à formação profissional pelas *Diretrizes curriculares* são muitos e passam por diferentes olhares.

Para atender às demandas postas na perspectiva hoje defendida, entende-se que as disciplinas e as matérias da grade curricular precisarão levar em conta não só os eixos teóricos básicos da formação arrolados pelo novo currículo, mas também serem estabelecidos fundamentalmente novos padrões de ensino, de diálogo e de parcerias com o conjunto da categoria, e não só com as lideranças e instituições representativas (GENTILI, 2000, p. 147).

Nesse sentido, o estágio, como parte do denominado “ensino da prática”, deve ser entendido e valorizado, porém, não deve ser visto como o único momento de aproximação da relação entre teoria e prática.

As disciplinas devem se constituir em laboratórios intelectuais, as oficinas em espaços de reflexão crítica e produção de novos conhecimentos. É no tripé: qualificação profissional/mercado de trabalho/entidades da categoria que a formação profissional deve responder, daí que a formação profissional no interior da ordem capitalista se constitui uma resposta política (GUERRA, 2000, p. 160).

Tomando como suporte tais reflexões, é possível identificar o processo de formação profissional como desencadeador de parte das convicções, conhecimentos técnicos e habilidades, o que torna fundamental a questão das *Diretrizes curriculares* na medida em que expressa um projeto de formação.

Nesse sentido, a avaliação da ex-Rede Unida foi a de que

a perspectiva teórico-metodológica é excelente, e é essa que nós devemos seguir. Agora é aplicar isso nas nossas pesquisas sobre o exercício profissional... a capacidade interventiva nossa só vai se ampliar, só vai ter essa densidade teórica quando nós nos debruçarmos um pouco mais sobre a intervenção profissional, com esse olhar mantido nas *Diretrizes curriculares*. É isso que eu acho que está faltando um pouco colocar (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Na mesma direção, a docente/pesquisadora reconheceu a pertinência da matriz teórico-metodológica utilizada, a adoção do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, mas acrescentou, de acordo com sua visão, uma limitação das *Diretrizes*, que é a questão da intervenção profissional.

Ela é uma profissão que ainda tem problemas de fazer essa ponte, de se reconhecer – embora seja, ela tem dificuldades de se reconhecer – como um profissional da prática /.../. Eu acho que desde a reconceitualização o grande desafio é fazer uma profissão que tem um caráter interventivo, mas fundamentada em bases teórico-metodológicas de sustentação. Então vamos dizer, é esse trânsito entre teoria e prática e que conhecimento se constrói através disso, para dar o corpo para a profissão. (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Com uma avaliação enlaçada em estratégias, a presidente/Abepss viu o momento atual das *Diretrizes* como uma atuação em duas frentes: primeiro retomar o debate com o MEC para “tentar emplacar as *Diretrizes* novamente considerando todo o debate que temos” (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa); segundo, com as unidades de ensino, no sentido de difusão e capacitação para a correta implantação das *Diretrizes*.

Acrescentando, o representante/Fnepas avaliou que as *Diretrizes curriculares* tendem a permanecer como referência. No entanto, tematizou sobre o perigo do esvaziamento delas, no sentido da sua banalização enquanto tradução de um projeto de formação profissional. Como exemplo, mencionou os cursos a distância e suas matrizes curriculares, que comportam todas as orientações e disciplinas propostas nas *Diretrizes*, e ressaltou que o “conteúdo de uma disciplina não é feito apenas em sala de aula, com quadro e giz” (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa), reforçando a importância do ensino presencial, da universidade, do professor e do coletivo. Ainda, apontou a formação cultural necessária para a absorção e apropriação de muitos conteúdos presentes e orientadores das *Diretrizes*, como o marxismo, e também a questão da própria capacitação docente.

Então, acho que a gente vai ter um projeto formal que vai ser real em algumas unidades, em outras ele não vai ser implementado porque não são apenas as *Diretrizes*, a forma e conteúdo das disciplinas, mas é um contexto de ensino que a gente tende cada vez mais a não ter (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

De todo o exposto até aqui, evidenciou-se que as *Diretrizes curriculares* nacionais para os cursos de serviço social do Brasil têm a marca de um processo social, construído pela categoria profissional como resposta a uma permanente inquietação em relação à formação profissional de qualidade. Todavia, demonstrou-se que o documento possui limites impostos pela realidade social brasileira, particularmente em um contexto de sucateamento e privatização do ensino público superior e também por características da própria profissão que

vão trazendo novas questões que se incorporam às que estiveram presentes em seu início. Esse constante movimento de reflexão demonstra que muito foi feito em termos de formação profissional do serviço social, mas ainda há muito a fazer.

São várias as demandas postas e aqui apenas apresentadas. Elas engendram um mosaico de temáticas a serem pesquisadas, por exemplo, a interferência da precarização do ensino público na formação do assistente social e as respostas ou participação que a profissão tem dado a esse problema; ainda, a questão da formação dos docentes assistentes sociais, tanto teórica quanto pedagogicamente; a impossibilidade, diante da atual forma de gestão das entidades da profissão, de acompanhar, assessorar e fiscalizar os cursos de serviço social nesse imenso País que é o Brasil. Enfim, como a formação é um processo interminável, assim também são suas frentes de trabalho, o que impõe ao serviço social a urgência de pactuar cada vez mais seu projeto de formação profissional com toda a categoria, não como mero coadjuvante, mas como partícipe.

4.2.2 Formação de recursos humanos para a saúde – formação profissional do assistente social e sua condição de trabalhador em saúde

A ex-Rede Unida – tomando como referência para pensar o assistente social enquanto um trabalhador em saúde as oficinas regionais decorrentes do convênio de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Abepss, por intermédio do Projeto Serviço Social: Interfaces com a Saúde – aponta que este Projeto tinha como “intencionalidade fortalecer um núcleo que pudesse ser polarizador dessa capacitação em política de saúde” (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa). Retomando sua participação no processo, ela relatou que suas contribuições nesses espaços caminhavam pelo eixo da integralidade.

Como é que o Serviço Social entra na perspectiva da integralidade? E, argumentando como essa nova concepção de saúde que vem da Constituição brasileira abre um outro campo para o serviço social: favorece a entrada do serviço social como um outro estatuto profissional na atenção à saúde, que até o momento era muito para médicos, eu sempre trabalhei na área da saúde e posso dizer isso. Na hora em que entra essa nova dimensão da própria concepção de saúde, dos determinantes sociais, tudo isso, no meu entendimento, abre uma possibilidade de a gente ingressar como profissional de saúde com estatuto mais qualificado, com campo mais definido, mais especificado de quais são as nossas funções, no mesmo patamar das outras profissões, e não de uma profissão subalterna como sempre foi,

subalternizada como sempre foi. Então, nós fizemos e discutimos, ainda assim, como entraríamos nesse eixo da integralidade com uma ideia de promoção de saúde, não a promoção de saúde naquela concepção anterior, mas sim a promoção de saúde entrando tanto na atenção primária, na secundária e na de alta e média complexidade. (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Uma questão importante que a entrevista com a ex-Rede Unida apontou foi a importância da participação de pesquisadores e profissionais do serviço social na área da saúde, nesse espaço. Em seu relato, destacou o quão os seminários na região Sul foram *concorridos*, mobilizando muitas pessoas. Ainda, citou como resultado desse forte impacto que as atividades desencadearam na referida região a criação de um *blog*, *In-formação continuada em serviço social e saúde*, em funcionamento até hoje, sob responsabilidade da Unisinos - RS⁴⁴.

Tal fato aponta para um quadro que oscila em direções opostas. Por um lado, a presença de pesquisadores e profissionais atuantes na saúde dá densidade às discussões sobre a profissão e a área e pode, inclusive, como no caso da região Sul, desencadear ações e propostas concretas para tais questões, o que notoriamente é um avanço. Por outro, torna o processo de discussão da área altamente dependente de tais atores e, daí, pode privar os estudantes, docentes e profissionais do serviço social de espaços e condições de ampliar as reflexões sobre a temática. Associando essa hipótese aos dados da última pesquisa feita pela Abepss – segundo a qual, das 102 UE que responderam à pesquisa, em 36, ou seja, em 35% não havia oferta de nenhuma disciplina relacionada à saúde (UCHÔA, 2007, p. 192) –, é possível perceber que os processos formadores são, em sua materialidade, dependentes de sua expressão formal, seja nos documentos e legislações nacionais ou nos projetos pedagógicos das UE, mas dependem de condições muito particulares, marcadas pela trajetória das próprias instituições e sua vinculação com a temática, por interseções geográficas, intelectuais e laborais (assim, tende a depender da existência de um grupo de pesquisadores ou de profissionais consolidados na área). Trata-se, portanto, de conjugar a formação generalista a um campo particular de ação, dentro de um mosaico de realidades que compõe o mapa das IES no Brasil, considerando suas diferenças regionais e de própria natureza jurídica.

⁴⁴ Sobre a história da fundação do *blog* e seus objetivos, Dias e Maia (2006) esclarecem: “Estamos sistematizando uma ferramenta que possa dar visibilidade aos temas e experiências referentes à saúde em serviço social. Nosso propósito é formar um grupo para articulação *on-line*, demanda advinda do "Seminário Serviço Social - Interfaces com a Saúde" realizado na cidade de Florianópolis, nos dias 5 a 7 de julho deste ano, para articularmos experiências profissionais dos assistentes sociais na área da saúde. Nesta perspectiva, estamos criando o Grupo: *In-Formação continuada em serviço social e saúde* – grupo autogestionário de informação e formação dos assistentes sociais para a afirmação da saúde, enquanto política pública”. Disponível em <http://s.socialesaude.zip.net/arch2006-09-10_2006-09-16.html>, acessado em 11 jan. 2010.

O representante/Fnepas problematizou os dados da pesquisa da Abepss realizada em 2006 ressaltando os prejuízos que esta defasagem pode trazer a um profissional de “característica eminentemente interventiva, do qual a gente cobra também um papel intelectual, portanto ser assistente social não é tarefa fácil” (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Essa dependência do sujeito profissional para o desenvolvimento acadêmico da área se repetiu na fala da presidente/Abepss, quando emitiu sua posição sobre a permanência do serviço social no conjunto das profissões da saúde. Para ela, a visualização do assistente social como um profissional da saúde é positiva, desde que não seja visto como profissional exclusivo dessa área, já que sua atuação passa pelo enfrentamento da questão social.

Agora, esse reconhecimento do [profissional de] serviço social como membro da equipe ampliada da saúde, eu acho que é fundamental para nós, em termos de reconhecimento, de articulação política também, de ruptura com subalternidades que existem, pelo menos por criar condições de ruptura com esse ambiente na saúde que muitas vezes privilegia a área médica, a enfermagem, e os outros profissionais que fazem parte de uma equipe multiprofissional ficam um pouco de lado (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

É no discurso sobre a formação generalista que as determinações individuais dos sujeitos profissionais foram destacadas. Para a presidente/Abepss a formação generalista oferecida pelas *Diretrizes curriculares* contribui para a atuação em qualquer esfera e não é incompatível como aprofundamento em determinadas áreas. O importante, segundo a entrevistada, é o assistente social saber mobilizar as ferramentas que recebe com as *Diretrizes*.

Mas essas ferramentas que ele adquiriu aqui, nesse momento generalista, é que vão permitir que ele tenha análise da correlação de forças, das possibilidades institucionais, que ele tenha um olhar mais rico para extrair a riqueza da própria realidade e transformar isso em ações concretas dentro de um projeto de trabalho. Agora, isso é o que nós desejamos, é o perfil que nós queremos alcançar, mas nós sabemos que as condições também, na saúde e fora da saúde, nem sempre propiciam esta possibilidade. Então, vai depender muito dessa capacidade de articulação do profissional, e eu acho também que nem sempre a sala de aula fornece isso: muitas vezes é necessário algum nível de participação política (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Avançando na discussão acerca da própria identidade do assistente social trabalhador em saúde, o representante/Fnepas defendeu esta posição utilizando como referência o texto de Dalva Costa (2006), já mencionado neste trabalho, quando a autora confronta o discurso de desqualificação do trabalho na área e a crescente solicitação desse profissional no SUS.

Porque ele é um profissional que domina toda a instituição de saúde, ele sabe atender à população e mobilizar os recursos necessários ou a realização de

alguma prática educativa, ele tem que conhecer a dinâmica da política de saúde, ele tem que conhecer a dinâmica da instituição, ele tem que conhecer o papel dos outros trabalhadores. Então, ele integra, nesse sentido, um trabalho coletivo na área da saúde (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

A convivência em processos de trabalho coletivo em saúde deve ser pensada na permanência do controle de uma categoria: os médicos (NOGUEIRA, 1990). Portanto, as ações são construídas no contexto de relações de poder profissional e técnico, rigidamente definidas.

A posição da docente/pesquisadora sistematizou essa questão. Além da experiência de trabalho acumulada na área, a entrevistada acompanhou *recentemente* a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC e, tendo como referência todo essa proficiência na área, creditou ao assistente social todas as condições e requisitos para ser considerado um trabalhador em saúde (sobretudo quando pensada a saúde como condições de vida) e, dessa maneira, sua formação contempla a perspectiva da saúde.

Só que, contraditoriamente, por ele não ter uma formação que trabalhe com essa questão interventiva, que trabalhe sobre aquilo que ele faz, que discuta as questões, por exemplo, da saúde, faz com que ele seja um profissional que não consegue se colocar muito na equipe de saúde (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Para ela, essa dificuldade que não é exclusiva de nenhuma área da saúde, mas perpassa a questão da formação profissional como um todo, podendo, no contexto da saúde, acabar gerando dois tipos de profissional: aquele que

todo mundo reconhece o trabalho, mas ele não tem o reconhecimento enquanto um profissional de discussão, de proposta, ou aquele que fica muito preso num discurso do projeto ético-político, da questão dos fundamentos e, [em relação à] equipe, ele fica no ostracismo, porque a equipe não consegue se apropriar daquilo e não tem um caminho de interlocução (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Diante dessa constatação, merece destaque uma ponderação de Rosendo (1999) sobre a forma como se “ensina saúde” e que auxilia no entendimento do peso de características pessoais, para não dizer ideais, que incorrem sobre um determinado profissional.

Para o ensino superior, o mais importante é o domínio do conhecimento referente à sua área de atuação: a formação didática não seria necessária, porque os alunos universitários – por serem adultos, por se submeterem a rigorosa seleção, e por estarem motivados pela profissionalização ao final do curso – estariam “a priori” preparados para aprender sozinhos (ROSENDO, 1999, p. 15).

Sendo assim, a profissão, no contexto contemporâneo do trabalho em saúde, tem o desafio de criar um projeto de formação audacioso, capaz de influir nas relações com os

usuários e com os demais trabalhadores, “assim como na capacidade de pensar o cotidiano mais imediato, mas também o próprio sistema de saúde e o País no qual existe e trabalha” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 11).

Como se percebe, são muitas as exigências postas à formação do conjunto dos trabalhadores em saúde e estas são enfrentadas por respostas coletivas em espaços estratégicos como fóruns de discussão e congressos, entre outros, e particularmente nos projetos pedagógicos da cada UE.

E como se posiciona o serviço social nesse processo?

Conforme os depoimentos, foi evidenciada uma concordância com a permanência dos assistentes sociais como trabalhadores em saúde, portanto, também desafiados a formar RH para o SUS. É nesse momento que a questão da formação generalista merece ser destacada. A alocução de ex-Rede Unida ressaltou a compreensão e a vitalidade que essa condição de formação traz ao serviço social, mas destacou a importância de aproximá-las ainda no contexto da graduação e citou para isso a própria atuação na saúde.

Nós entendemos como é que nós entramos nessa perspectiva, como é que nós contribuimos com a integralidade /.../ nós temos assim um leque de ações nesse campo da saúde que precisa ser reposto, e não só fazer uma leitura do que faz, mas *por que* faz. Como é que, técnica e teoricamente, você justifica esse fazer no campo da integralidade, por onde vai isso? Nós colocamos o direito, nós trabalhamos na construção da cidadania, e aí o que é isso na saúde, como é que fica? O que é isso? Por onde faz isso? (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Esse depoimento da entrevistada ilustra bem como a transposição de grandes questões ou mesmo de suportes teóricos é importante, tanto teórica quanto operacionalmente. E isso, alertou ex-Rede Unida, não é uma demanda exclusiva da saúde, mas da profissão e, portanto, permeia todo um “desvendar” da ação profissional em seus múltiplos espaços de atuação. Nesse sentido, concorda-se com Motta (1994, p. 104) quando afirma que a atividade prática deve ser o ponto de partida para o conhecimento.

Nós hoje temos as demandas que são colocadas aí, então, essa capacidade que eu acho que o assistente social tem, e que todas as profissões precisam ter, de transitar do discurso da política para entender como a política pública – que exige resultados e precisa ter um profissional para operar, e operar entendendo o que vem operando, desde as grandes concepções presentes nos estatutos das políticas até a sua chegada ali na ponta do sistema – é o que nós não estamos conseguindo fazer (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Com posição semelhante, a docente/pesquisadora defendeu a formação generalista, mas que consiga fazer que o assistente social “possa chegar e possa atuar em qualquer área com competência”. A partir de sua experiência profissional como docente, relatou que tem

trabalhado essa questão da intervenção no curso, a partir dos “três grandes sujeitos de intervenção do serviço social, que seriam a família, os movimentos sociais e as instituições, e, a partir disso, a gente particularizar através das políticas” (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Seguindo a mesma lógica, o representante/Fnepas reforçou a importância da formação generalista e do peso que o sujeito profissional tem nesse processo, ao revelar (ou não) disponibilidade para avançar nos aspectos formativos, o que de forma alguma exclui a importância da universidade.

Então é assim, eu sei o que é o serviço social, faço umas conjunturas, mas eu tenho que compreender a base das políticas sociais, eu tenho que saber minimamente me localizar na política da criança, da saúde, eu tenho que pensar isso (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Evidencia-se, dessa maneira, a existência de um “nó” que consiste na dificuldade de entender e conseguir analisar diferentes espaços de trabalho e a atuação neles, o que tende a gerar uma grande lacuna entre as requisições e expectativas dos serviços e da própria sociedade em relação aos trabalhadores.

/.../ ao se enfatizar o mundo do trabalho como relação social fundamental, que não se reduz à ocupação, *tarefa*, emprego, mas não os exclui e, além disso, abarca o conjunto de relações produtivas, culturais, aponta-se que nele se situa o lócus da unidade teoria/prática, técnica e política (MOTTA, 1994, p. 108).

É sabida e reconhecida a diversidade de espaços sócio-ocupacionais nos quais o assistente social está inserido. No entanto, concorda-se com a afirmação de Gentilli de que “existe hoje, na prática, uma gama muito variada de focos de atenção dos assistentes sociais em relação aos problemas concretos cotidianos que estão completamente dispersos, sem uma boa articulação com os conteúdos mais genéricos da formação profissional” (2000, p. 135).

Dessa forma, a tônica presente na entrevista da ex-Rede Unida é pertinente às reflexões que o serviço social tem feito sobre o exercício profissional, sobretudo na discussão da atuação do profissional na saúde. Sendo assim, referenda-se a formação generalista da profissão, mas justamente pela compreensão de que o assistente social está na saúde e, portanto, deve marcar posições, inclusive políticas, o que demanda um rol de conhecimentos e habilidades que o capacite para a ação profissional comprometida. Ou seja, tomando como importantes instrumentos o conhecimento e a informação, o papel que as instituições formadoras têm nesse processo é ímpar.

É importante destacar que não se trata de desenvolver uma tese unívoca que atribui às instituições formadoras toda e exclusiva responsabilidade sobre esse processo, o que se tornaria um contrassenso em relação ao que foi dito anteriormente. Ao contrário, considera-se como uma das partes de uma mesma totalidade que compõe a realidade social. Dessa maneira, ao focar a questão das IES e a formação profissional, pretende-se, reconhecendo a interligação de múltiplos fatores, destacar a particularidade desse espaço, onde se dão as práticas educativas, entendidas aqui como trabalho educacional (SCHRAIBER, 1989).

Práticas educativas, portanto, implicam, além da transmissão de conteúdos, um dado sistema de valores, que através das práticas se elabora, se difunde e se impõe /.../. Por essa razão elas se constituem no elemento principal a ser considerado para o estudo da educação (SCHRAIBER, 1989, p. 25).

A conceituação de práticas educativas permite que não se feche a questão da formação profissional em um único elemento ou ação, mas se a estude em múltiplos aspectos que conformam o processo educativo. Nesse sentido, a ex-Rede Unida assumiu uma posição *particular* e que, segundo ela mesma, destoa de parte da categoria, que considera

a ação profissional decorrência do conhecimento, só. É sim uma decorrência do conhecimento, mas que conhecimento se precisa pegar para você fazer a ação profissional? Essa seleção de conhecimentos nas áreas que eu acho que aí precisa-se um investimento grande em pesquisa /.../. Mas eu quero resgatar o que os assistentes sociais estão fazendo de ação profissional e fazer uma leitura e dar um cunho teórico, técnico, científico ao que vêm fazendo para dar uma visibilidade teórica a isso, porque, senão nós vamos ficar trabalhando na base do consenso. (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

É notório que a profissão tem vivenciado um redimensionamento dos espaços sócio-ocupacionais, por conta de mudanças internas (o próprio processo de intenção de ruptura) e externas, vinculadas à mudança da realidade social e, no caso brasileiro, com destaque para o texto constitucional de 1988, que consagrou a perspectiva democrática e de direito. No entanto, se internamente o projeto de ruptura foi política e teoricamente fértil, Netto assinalou que, por diversas razões, ele se evidenciou primeiro e especialmente na universidade, tendo encontrado inúmeras dificuldades de atingir todo o segmento profissional (2001, p. 251). Uma das hipóteses apregoadas pelo autor é a incapacidade de conjugar o referencial teórico crítico com as demandas do exercício profissional.

/.../ sobretudo em função desta inadequação, esta perspectiva vem conservando e aprofundando seus traços opositivos ao tradicionalismo, mas sem conseguir avançar efetivamente no rompimento com ele no terreno da prática profissional – donde a nossa sugestão de que a ruptura, este domínio, permanece ainda como intenção (NETTO, 2001, p. 255).

Nessa perspectiva, a ex-Rede Unida corroborou aquilo que as avaliações da implantação das *Diretrizes curriculares* no Brasil têm afirmado, de que há uma “apropriação muito superficial da concepção teórico-metodológica” (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa). São claros os rebatimentos no exercício profissional e, conseqüentemente, no projeto de formação, já que, em uma profissão interventiva, a implementação de um currículo está imbricada com a capacidade deste de atender às necessidades reais das requisições, quer sejam intelectivas, éticas ou operativas, feitas a determinada profissão.

Sendo assim, no contexto da atuação profissional na saúde, é importante refletir como a profissão tem se colocado nesse espaço. No decorrer desse estudo, evidenciou-se que a área da saúde tem vivenciado um processo permanente de mudanças tanto no campo da assistência e da gestão como no do controle social. Particularmente, interessam-nos os processos de mudanças vinculados à formação profissional dos trabalhadores da saúde e, nesse caso, particularmente os assistentes sociais.

Nesse trabalho se apresentou uma série de ações, projetos e movimentos fecundados no interior do processo de trabalho em saúde. De acordo com Pires (1998), o trabalho em saúde está situado no denominado setor de serviços, como um tipo de trabalho da esfera da produção não material, já que se completa no ato de sua realização. Sendo assim, o produto é indissociável do processo que o produz, tornando-se a própria realização da atividade. O trabalho em saúde em sua configuração atual é, majoritariamente, um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos profissionais ou trabalhadores capacitados para execução de determinadas tarefas no conjunto das ações necessárias à saúde.

Nogueira (1990, p. 60) destaca que o processo de trabalho em saúde apresenta três aspectos fundamentais: é um exemplo de processo de trabalho em geral; é um serviço; e é um serviço que se funda numa interrelação pessoal muito intensa. Como processo de trabalho, possui uma direcionalidade técnica de natureza coletiva porque um conjunto de categorias e indivíduos procuram agir coerentemente, compartilhando seus conhecimentos.

Tomando como referência o trabalho de Costa (2006), em que analisa a participação e a inserção dos assistentes sociais em processos de trabalho desenvolvidos no SUS, pode-se inscrever o assistente social como integrante da força de trabalho em saúde, já que o reconhecimento técnico particular dessa prática é visível quando analisado dentro daquilo que seria a concepção ampliada de saúde e, portanto, útil enquanto atividade. Por conseguinte, a compreensão do assistente social parte do domínio teórico-metodológico de seu exercício

profissional na área. Nessa direção ex-Rede Unida afirma que parte da dificuldade, posta no plano da formação, advém da fragilidade de estudar a ação profissional.

Esse aparato teórico-metodológico que vem sendo ensinado na formação não vem dando conta de chegar a esse pedaço que tem aqui, fica muito um ensino de jargão. Discute a questão social, e no nosso campo da saúde, o que é questão social aqui? Como é que ela se expressa? Como você vai mostrar que tem? Como você vai levar as expressões da questão social concretamente em um determinado bairro, para um município a ser discutido, uma proposta de ação coletiva, conjunta? /.../ Precisamos analisar o que é a ação profissional a partir dos determinantes sociais na saúde (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Trata-se da necessária articulação entre aquisição, produção e sistematização do conhecimento no cotidiano do trabalho profissional. No caso da saúde, ao eleger as determinantes sociais da saúde como *locus* privilegiado para situar, analisar e qualificar a atuação profissional na área, ex-Rede Unida apresentou uma direção que favorece todo o arcabouço teórico-metodológico e ético-político que o assistente social traz em sua formação generalista, já que a própria ideia de determinantes sociais da saúde passa pela compreensão do processo saúde-doença como processo social. Ademais, qualquer análise nessa perspectiva significa pensar em um trabalho integrado com ênfase nas políticas interssetoriais, no trabalho em rede e nas estratégias combinadas, o que posiciona os trabalhadores em saúde em destaque.

Tomam destaque, nesse processo, as diretrizes do SUS para a formação de recursos humanos na saúde: o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, a partir do reconhecimento/investigação do processo de determinação social das doenças – enquanto “expressões da questão social” (VASCONCELOS, 2007, p. 155).

A diretriz de formação de recursos humanos na saúde, conforme apresentado nesse estudo, não é recente. Conflui na sua direção toda uma trajetória de experimentos, no intuito de qualificar a atuação na área. Nesse grande objetivo, os profissionais de saúde foram ganhando destaque e, conseqüentemente, a questão da formação profissional, sobretudo no contexto de expansão dos serviços de saúde.

Conforme demonstrado no Capítulo II, várias foram as iniciativas de mudança que as profissões de saúde experimentaram e experimentam para oferecer à sociedade profissionais mais qualificados para o trabalho em saúde, considerando toda a sua complexidade.

Essa sintonia, contudo /.../ não deve ser compreendida no quadro de uma submissão do campo de recursos humanos às necessidades imperiosas dos reformadores do sistema, tendo em vista o fato da formação de pessoal de saúde não apenas possuir um desdobramento em políticas públicas, mas

também constituir, pouco a pouco, um domínio cognitivo, de pensamento e elaboração teórica (NUNES, 2007, p. 35).

Essa perspectiva foi apontada pela docente/pesquisadora, quando discorreu sobre a participação do serviço social no movimento organizado dos trabalhadores em saúde, em torno da formação de recursos humanos no Brasil. Para ela, quando esse movimento se pautou no conhecimento das ciências sociais para produzir e fundar suas bases teóricas e políticas, muitos profissionais acabaram indo se capacitar em outros espaços, como a Escola de Saúde Pública, e começaram a se autodenominar sanitaristas.

Quem estava identificado muito com a saúde acabou não se identificando com o serviço social. E o serviço social não conseguiu, também, agregar esses profissionais /.../. Acho que, naquela busca do projeto ético-político, naquela necessidade de se firmar dentro de uma postura mais radical, ele não se abriu para o debate que estava acontecendo (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

A participação do serviço social nesses espaços sempre foi tímida, como demonstrou ex-Rede Unida e reforçou a docente/pesquisadora, citando como exemplo a participação na Rede Unida. A docente/pesquisadora retomou o período em que, por acaso, a gestão da Abepss congregou três profissionais da saúde (Regina Miotto, Vera Nogueira e Jussara Mendes) e foi se constituindo um “momento de aproximação mas, pelo fato, eu acho, de que havia pessoas que tinham uma perspectiva de juntar forças, de trabalhar na área da saúde” (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Essa postura que o serviço social adotou em relação a esse movimento próprio da área da saúde trouxe implicações em espaços coletivos de ação, debate e formação, onde o assistente social se encontra com outras profissões. A docente/pesquisadora exemplificou com dois momentos próprios de sua experiência em Florianópolis (SC): um vinculado à rede docente-assistencial e outro à residência multiprofissional em saúde da família. Para ela, a atuação do assistente social, como estagiário (rede docente-assistencial) ou como residente, sempre foi *problemática*.

A residência foi um espaço muito importante para eu perceber isso. Como a gente estava distanciado, como os nossos estudantes não participavam, e se participavam eles não entendiam o que estava acontecendo (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

A residência multiprofissional, associada a outras importantes iniciativas já apresentadas nesse estudo, compõe esse movimento em direção à mudança nos cursos de graduação da saúde, como uma das alternativas para garantir a formação profissional de trabalhadores em saúde em consonância com as necessidades do SUS.

Nessa direção, merece destaque o Fnepas como um espaço de articulação entre as entidades de formação, tendo em vista o fortalecimento da perspectiva multiprofissional, de construção de identidades profissionais, da cooperação e do trabalho em rede.

A Abepss compõe o Fnepas desde sua fundação, em 2004. O representante/Fnepas recuperou esse momento e apontou que, na época, houve uma “tensão” na profissão, por análises que entendiam que a presença no Fórum “estaria reduzindo, voltando ao serviço social médico” (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa). A posição que a profissão assume nesse Fórum é interessante, justamente por se tratar de um espaço em que as relações de poder profissional tendem a se desnudar. O Fnepas é, por excelência, o local em que os diferentes projetos profissionais se manifestam, o que o transforma em altamente pedagógico e estratégico.

A apropriação que a categoria profissional faz desse espaço se resume ao universo acadêmico. Em documentos oficiais da categoria vinculados à atuação na área da saúde, como a primeira versão dos *Parâmetros para a atuação do assistente social na Saúde* (CFESS, 2009), o Fórum não foi sequer mencionado. Para ex-Rede Unida, a permanência e a participação no Fórum são fundamentais para marcar posição.

Veja o Fnepas: era um espaço político importante, interessantíssimo para você marcar posições, a nossa argumentação lá era essa. Olha, tem que ir porque você faz alianças com os que são próximos, é claro você não vai ganhar, mas você está marcando posições, uma hora você vai conseguir adeptos /.../. Porque se você não está concordando você vai pelo menos para gritar lá que não concorda, se você não acredita em uma dinâmica societária, que a instituição é fechada, que não muda. Eu acredito que muda, que nós construímos consenso, vai se construindo devagar, vai se alterando alguma coisa (x-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Essa posição particular de ex-Rede Unida está em consonância com o destaque que ela atribui à integralidade para pensar o exercício profissional na saúde, já que o Fórum tem como objetivo geral “contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área da saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde” (FNEPAS⁴⁵).

Com uma argumentação mais focada nas estratégias do serviço social no Fnepas, a presidente/Abepss afirmou que a presença da categoria neste Fórum está vinculada a duas razões: a primeira diz respeito a “todo esse debate sobre a formação de recursos humanos em saúde, e uma outra razão tem a ver com a questão do reconhecimento de cursos etc. São espaços que nós podemos construir, alianças para, enfim, para lutar contra a precarização do ensino superior” (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

⁴⁵ Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br/objetivos.htm>>, acessado em 7 fev. 2010.

Para o representante/Fnepas, o Fórum é um espaço interessante, onde se acirram as diferenças entre as profissões; para ele, “sempre acham que a gente está mais político do que deveríamos ser”. Segundo seu relato, houve inclusive ponderações, *na gestão anterior*, sobre se valeria a pena a permanência da categoria no Fórum. Apesar das dificuldades que o serviço social enfrenta, o representante/Fnepas reconheceu que a visualização da área da saúde não somente como campo de atuação para o serviço social, mas como demanda de formação profissional, foi uma contribuição do Fnepas.

Da importância de que, se você quer interferir no SUS, você tem que pensar quem é esse trabalhador que está indo para o SUS. Então, o Fnepas, nesse aspecto, ele é extremamente positivo. E é isso que a gente quer recuperar. Eu vi em uma das falas nossas na reunião de São Paulo, a única que eu fui do Fnepas, a gente falou: “A gente precisa recuperar essa origem!”, que é pensar a formação profissional, o conteúdo. Esse é uma questão que a gente vem debatendo. (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa.)

Não é permitido nenhum tipo de ingenuidade acerca de espaços como o Fnepas que anulem o confronto de ideias, as diferenças teóricas e suas concepções de homem e mundo e, além disso, questões de fundo que devem ser levantadas para o estudo dessas relações. Esclarecidas tais advertências, cabem algumas indagações: é possível a integralidade no atual grau de divisão e especialização do trabalho? Ou, ainda, é possível recuperar processos de trabalho alienados, tão característicos do atual modelo de “acumulação flexível”?

Com o desenvolvimento do setor de saúde, sobretudo no campo das tecnologias, alterando o processo de produção dos serviços de saúde, houve uma fragmentação do cuidado, mediante as especializações e lócus muito particulares de atuação profissional, autonomizando as diferentes profissões e se esvaziando a perspectiva de “força de trabalho” no setor. Isto contribuiu para uma desqualificação e desumanização do profissional, sobretudo daqueles vinculados às categorias mais subordinadas ao poder/saber médico.

Merece ser examinada, também, a importância que os projetos formadores exercem na formação própria da sociedade e de um tipo particular de intelectual.

A partir do exame das políticas educacionais brasileiras, Neves (2008) aponta como vem se construindo no país um contexto favorável à disseminação do intelectual urbano a serviço das elites dominantes. Sua constituição passa pelas reformas educacionais em todos os âmbitos, dirigidas pela massificação⁴⁶ da escolarização. Dessa maneira, a formação dos

⁴⁶ “O termo massificação só recentemente foi empregado pelo Banco Mundial-Unesco. Ele surgiu na *Declaração mundial da educação superior no Século XXI*, em 1998, para indicar uma tendência mundial de expansão desse nível de educação. No Brasil, os documentos governamentais têm preferido utilizar, para indicar essa diretriz política, a expressão ‘democratização da educação escolar’” (NEVES, 2008, p. 378).

intelectuais, orientada pelo Estado, corrobora a constituição de uma tríade que aprisiona a figura do cidadão nos papéis de consumidor, empreendedor e solidário. Isso porque, no movimento da vida prática, o processo de individualização de riscos (FLEURY, 2008, p. 73) tanto atualiza sua condição social como determinante (no acesso e usufruto de determinados direitos sociais); determinada (como expressão de seu próprio movimento e escolhas na vida) e coletiva (envolvido no manto da “solidariedade”), ou seja, ajusta o sentimento de pertencimento e colaboração para a diminuição das profundas desigualdades sociais.

Da mesma maneira, todos esses elementos estão presentes nos projetos de formação dos trabalhadores em saúde.

Entende-se que o trabalho em saúde, assim como um projeto de sentido público-democrático da saúde, requer a ampliação qualitativa e quantitativa da formação profissional dos trabalhadores da saúde. Porém, chamamos a atenção que esta escolarização tem que ser voltada para a valorização ética e pública desse trabalho. (PEREIRA, 2008, p. 418)

Nesse sentido, concorda-se com a presidente/Abepss, quando valoriza o potencial da profissão no Fnepas:

eu acho que o serviço social tem um papel importantíssimo, porque nós temos uma visão de seguridade social, porque nós somos, hoje, até às vezes um pouco isoladamente, somos defensores da reforma sanitária, com uma visão de saúde pública mais ampla, e uma visão não-corporativa. Eu acho que tem uma coisa muito importante que o serviço social acumulou, que foi essa perspectiva de romper com o corporativismo, e nada mais corporativo do que as profissões de saúde. e então, tem um embate político que o serviço social pode deixar sua marca, já deixa sua marca nesse embate, no sentido de fazer avançar essa ruptura com o corporativismo, essa valorização da saúde integral e, portanto, das demais profissões como profissões de saúde. Tem o debate também da residência multiprofissional, são várias frentes em que nós podemos fazer o debate avançado. Agora, é um terreno muito difícil (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa).

É nessa perspectiva que projetos profissionais se afinam ou se distanciam de determinado projeto societário e é nesse movimento de aproximação e distanciamento que inúmeras conquistas sociais foram efetivadas. Ou seja, é no combate que o projeto ético-político-profissional tem futuro (NETTO, 2006, p. 158) e a própria noção de combate impõe o confronto com ideais e projetos diferentes, bem como a formação de alianças. É relativamente mais fácil o diálogo com os iguais, com aqueles que aspiram as mesmas conquistas, do que com os que pensam o contrário. Quando pensamos em profissões, seus objetos de ação, seus códigos, signos e convicções enraizados na sua história profissional particular, o Fnepas pode ser visto como uma grande “babel”. No entanto, para pensar a formação de recursos humanos para o SUS, se retiradas todas as possibilidades de romantismos e crenças que possam delegar a outros espaços esse papel, o Fórum carrega um alto potencial de mudança, isso se se

considerar “a graduação como etapa definitiva do processo de formação, quando a dinâmica de transformação da realidade explicita a necessidade de aprender permanente” (FORGRAD, 2000, p. 5).

Ao eleger a graduação um momento definidor de um processo permanente de aprendizagem, reforça-se sua condição de prioridade, por vezes delegada à marginalidade. Não é raro as IES no país desenvolverem seus cursos de pós-graduação em detrimento de uma graduação simples, comum e, de certa forma, padronizada. Nesse sentido, há anos a Abepss tem insistido na importância de uma articulação com a graduação, como forma de preservar a unidade e o equilíbrio do projeto de formação profissional da categoria⁴⁷.

Pensar a graduação no contexto de uma profissão interventiva pode remeter à reflexão sobre como o “fazer” profissional ou ação interventiva é tratada nesse momento. Dessa forma, ao se pretender “ensinar a fazer”, deve-se de antemão conhecer esse fazer, e o *locus* apropriado para esse movimento passa pelas competências e habilidades que determinada profissão possui e que a graduação deve oferecer.

As competências e habilidades profissionais devem expressar os requisitos necessários para o seu exercício, bem como as ações que compõem o domínio técnico da profissão. No caso do serviço social, elas estão detalhadas na Lei 8.662, de 7 de junho de 1993, que regulamenta a profissão no Brasil, em seu art. 4º.

Como dito anteriormente, o caráter generalista da formação do assistente social garante que o profissional possa “recriar continuamente suas alternativas de trabalho, mobilizar recursos humanos e materiais, em face da mudança e da crescente complexidade, comunicar-se, negociar relações diversas e partilhar seus compromissos ético-profissionais” (YASBEK, 2004). Dessa maneira, ao estabelecer as competências profissionais, estas devem conseguir expressar o fazer profissional.

Os sujeitos da pesquisa, quando questionados sobre a atuação na saúde e as competências profissionais, reconhecem o caráter amplo destas.

O representante/Fnepas afirmou que “são genéricas, porque elas atuam para todos os profissionais, mas acho que, ao mesmo tempo, elas contribuem para atuação na saúde”. Para ele, as atribuições e competências profissionais, pensadas no contexto da atuação em saúde, foram aprofundadas com a elaboração do documento *Parâmetros para atuação do assistente*

⁴⁷ É relevante destacar que Abepss, como as demais Associações de Ensino teve suas atividades iniciais a partir do ensino na graduação, e posteriormente, incorporou dentre suas atividades a pesquisa e o ensino pós-graduado, diferentemente de outras entidades semelhantes (Medicina, Enfermagem, entre outras) que ainda possuem de forma separada as atividades de graduação e pós-graduação, inclusive em entidades diferentes.

social na saúde, organizado pelo Cfess com assessoria de Maria Inês Bravo, importante interlocutora da profissão na área.

Os *Parâmetros* trazem para a profissão toda a problemática da saúde brasileira e como os assistentes sociais a têm enfrentado no cotidiano dos serviços de saúde. O documento estrutura a ação profissional por frentes de ação, classificadas, segundo o documento, em: Assistenciais; em Equipe; Socioeducativas; de Mobilização, Participação e Controle Social; de Investigação, Planejamento e Gestão; Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFESS, 2009, p. 4).

Para a presidente/Abepss, as competências e atribuições da profissão estão em consonância com a saúde, sobretudo quando esta é pensada na perspectiva da integralidade. Tomando como referência o SUS, a entrevistada ressaltou as lacunas do sistema e como essa refração em relação à questão social chega para a profissão.

Então a intersecção que eu vejo na nossa profissão é que nós temos uma interpretação do que isso significa, o que é a questão social brasileira. Quais são os traços da formação social brasileira e o que isso implica em termos de demanda? Nós conseguimos explicar esse processo de trabalho intenso? (Presidente/Abepss, em entrevista realizada para esta pesquisa)

Com um contraponto, a docente/pesquisadora, ao falar das competências profissionais, enfatizou que estas “são tão abertas que, na verdade, elas falam muito pouco”. E desenvolveu suas ideias partindo de uma realidade concreta, que é o fato de muitas das competências dos assistentes sociais também serem as de outros profissionais.

Então, aí é que vem a minha questão: se a gente não qualifica o que nós queremos dizer com aquilo e falamos “nós podemos fazer isso”, nós perdemos especificidade frente às outras profissões. Porque é isso que eu notava na área da saúde. O que acontece? Se você pega profissionais que têm uma formação dentro da teoria crítico-dialética, eles, além da formação, que era o que a gente poderia aportar, têm a especificidade da questão. E nós não temos (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Essa é uma questão que carece de maior exame e debate na profissão. Entende-se que o depoimento acima é pertinente, pois revela um aspecto importante no trabalho coletivo em saúde, que é a convivência em equipe profissional.

O alerta que a docente/pesquisadora fez centraliza a importância de dominar concretamente o fazer profissional. Como foi expresso, a formação prevê, além dos conhecimentos técnicos e teóricos, valores, convicções; e todos esses elementos compõem as práticas educativas presentes no processo de formação profissional, mas não delegam poder maior a um ou outro.

O caráter genérico das competências, se por um lado permite que os assistentes sociais expandam sua atuação, por outro, como salientou a docente/pesquisadora, podem produzir um “discurso genérico que não ampara a ação”.

Porque nós não temos o corpo de conhecimento sobre esse fazer, sobre essas competências que nos permitem fazer o trânsito com a questão da teoria, dos marcos teórico-metodológicos, e nos colocamos com competência dentro de uma equipe profissional. Então, a gente sempre fica resvalando por um discurso genérico que não ampara a ação (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Referendando essa posição, ex-Rede Unida tematizou sobre o papel da universidade nesse aspecto, ressaltando que

a responsabilidade é da academia, que não está conseguindo estudar a ação profissional /.../. Outra questão, se você pegar os congressos brasileiros, que são fóruns de discussão de formação profissional, você quase não encontra nada, há a perspectiva acadêmica, muito acadêmica, tomou conta desse espaço que era de discussão profissional, então as experiências que aparecem de relato são frágeis, porque não estão dando subsídios para o profissional poder analisar (ex-Rede Unida, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Diante do exposto, é possível afirmar que, para ex-Rede Unida e a docente/pesquisadora, recuperar a centralidade do exercício profissional é uma condição indispensável para a formação que se almeja no interior da categoria e levantar o papel que a academia tem nessa tarefa remete à reflexão sobre como têm sido encaminhadas as práticas educativas no contexto da graduação.

Trata-se de “desbravar” a vivência do trabalho profissional e seu potencial pedagógico para transpor toda a referência teórica para a realidade da ação profissional. No entanto, concorda-se com as entrevistadas quando afirmam que é preciso dedicar maior trato ao “fazer profissional”. Atualmente, a profissão tem todas as condições teóricas e políticas de fazer esse movimento de retorno à ação profissional. Ainda, defende-se a ideia de que a melhor forma de atualizar e qualificar a formação profissional é partir da característica interventiva da profissão, tomando como suporte a compreensão do trabalho como princípio educativo.

A ideia de princípio educativo vem de Gramsci, quando criticou a educação burguesa, buscando um projeto de educação socialista. Para ele, a divisão da sociedade entre intelectuais (dirigentes) e instrumentais (subalternos) se exprime nas escolas: humanistas e profissionais manuais. O “novo” princípio educativo viria da função da capacidade de agir tanto intelectual como manualmente.

Muitos autores partiram dessa ideia para elucidar a importância do trabalho como desencadeador de processos de aprendizagem. No campo da educação, Frigotto (1987) enfatizou que tomar como social e fundamental o processo de trabalho passa a ser elemento

nuclear e determinante das práticas e políticas de recursos humanos” (FRIGOTTO, 1987, p. 18).

Parece consenso que a matriz teórica adotada pela profissão é adequada ao projeto ético-profissional. Embora com dificuldades, as *Diretrizes curriculares* expressam conceitos, as categorias necessárias à profissão, demonstram um possível caminho para articular diferentes conhecimentos, na tentativa de construção de uma formação sólida, crítica e propositiva. Ainda que as ofensivas sociais e econômicas contra o ensino superior apontem para um futuro difícil a formação, a categoria profissional tem fortalecido seus espaços de representação política, como o Cfess e a Abepss, e não tem poupado esforços para se posicionar frente às questões presentes e futuras da realidade brasileira, marcando uma posição importante no campo das lutas sociais.

O potencial pedagógico do trabalho, por si só, já o coloca em posição de destaque nas práticas educativas. Mas deve-se problematizar que, como num círculo vicioso, ele também pode contribuir para abrir ou expandir fendas entre a formação acadêmica e o exercício profissional.

Nesse sentido, dar naturalidade ao que está proposto nas *Diretrizes curriculares* sobre a flexibilidade dos modelos de ensino é um possível caminho. Deve encaminhar projetos audaciosos e capazes de alterar uma determinada forma de “ensinar o fazer”. Toma-se, por exemplo, a necessidade de uma política de estágio coerente com os princípios das *Diretrizes curriculares*, respeitando os sujeitos envolvidos no processo – supervisores e graduandos. Mas deve-se avançar para momentos de reflexão teórica, de aproximação densa desse estágio com os conteúdos aprendidos durante a graduação.

Defende-se também a urgência de avançar na perspectiva da extensão universitária, justamente por permitir outro tipo de encontro com a ação profissional – orientada pelos preceitos da universidade, por essência multiprofissional e com a responsabilidade de socialização dessas experiências.

Deve-se retomar a posição política sobre a extensão universitária que algumas organizações e entidades vinculadas à saúde têm assumido, e dentre elas, merece destaque a Rede Unida. As críticas mais comuns repousam sobre apontamentos realizados em estudos anteriores sobretudo quanto a marca que a extensão universitária tem assumido de *lócus* privilegiado da “função social” da universidade (Botomé, 1996) bem como os “processos de domesticação” (Gurgel, 1986) de que as ações extensionistas fizeram parte. Nesses casos, o contra argumento foi de que o verdadeiro compromisso da universidade com a sociedade

deveria estar fincado na produção, disseminação, uso e acesso aos conhecimentos produzidos pela mesma.

Da mesma forma, para a Rede Unida, a vinculação da universidade com os serviços de saúde e com as organizações comunitárias é condição essencial para as mudanças necessárias na formação dos trabalhadores em saúde. Porém essa relação não é balizada pelo ideário da extensão universitária como compromisso social, mas como relação orgânica e fusão desses atores (universidade-sociedade-serviços de saúde), sistematizada na noção de co-gestão dos processos em curso, para vencer a simples noção de parcerias. A extensão universitária, reservadas as críticas passíveis de serem feitas⁴⁸, é um espaço em que ocorrem importantes aproximações teórico-práticas.

Conforme os dados da pesquisa Abepss de 2006 sobre a implementação das *Diretrizes*, ficou evidente que a extensão é um espaço pouco utilizado pelos cursos de serviço social (ABEPSS, 2008). Várias hipóteses podem ser levantadas para justificar esses dados, no entanto, não cabe aqui trazê-las, mas apenas reconhecer certa “comodidade” no ensino do serviço social que resiste em incorporar novos espaços de aprendizagem, comunicação multiprofissional e de encontro com a sociedade/comunidade.

É inegável a realidade das IES, quando se fala de extensão, já que convivem no País diversos tipos delas, desde faculdades isoladas (isentas de pesquisa e extensão) até a universidade. Ainda, mesmo com a obrigatoriedade e com condições específicas de fazê-lo, são poucos os cursos que se utilizam dessa possibilidade para reforçar o caráter interventivo da profissão.

Cabe aqui retomar uma inquietação que faz parte desse estudo. O serviço social é uma profissão de caráter teórico-prático. Portanto, a questão do exercício profissional sempre esteve presente no interior dos debates da profissão, já que é elemento constitutivo dela. No entanto, como ressaltou metaforicamente a docente/pesquisadora “essa questão que identifica a profissão, que é a questão da prática, ela é, continua sendo, o ‘patinho feio’ da formação”. Trata-se de tomar o exercício profissional como *locus* privilegiado do processo de formação, não como um adendo ou uma abstração, mas carregado de significado e enriquecido com toda a base teórica que a profissão tem, avançando da perspectiva de mera descrição do que o assistente social faz para a análise crítica dessa ação profissional.

Na investigação com ex-Rede Unida obteve-se o relato da experiência da UFSC de reorientar a formação profissional a partir da intervenção. Esta experiência foi sistematizada

⁴⁸ Cf. Capítulo I.

por Mioto e Lima (2009) em recente artigo em que as autoras partem do exame do exercício profissional e suas múltiplas variações e interpretações para, à luz da experiência particular daquela universidade, propor três eixos articuladores da dimensão técnico-operativa do serviço social: processos político-organizativos, processos de gestão e planejamento e processos socioassistenciais.

Esta proposta pretende enfrentar, sem reduzir a dimensão técnico-operativa ao universo das estratégias e técnicas e espera contribuir para o fortalecimento da identidade profissional em que está calcada, fundamentalmente, na sua dimensão interventiva (MIOTO; LIMA, 2009, p. 26)

Uma importante reflexão debatida neste estudo e compartilhada no trabalho das referidas autoras é a questão da formação generalista *versus* formação especialista. Concorde-se com Mioto e Lima quando apontam que “a formação técnico-operativa está fortemente calcada nos programas de estágios e estes, por sua vez, estão orientados para as especificidades dos campos de intervenção” (2009, p. 32). Ou seja, em muitos casos os graduandos possuem somente a experiência de uma realidade sócio-ocupacional e pode ser a sua única referência de experiência prática. No entanto, não necessariamente, ao ingressar no mercado de trabalho, terá essa área como *locus* de ação.

Não se nega a importância e os ganhos que a profissão tem com seu caráter generalista, mas é preciso inquietar-se com a forma como sido encaminhada na graduação. É nesse aspecto que o debate educação (formação), saúde e serviço social ganha substância e densidade.

Neste trabalho de investigação, chamou-se a atenção para a intensa relação que a saúde tem procurado estabelecer com os serviços e tem significado o desenvolvimento de projetos em parceria com a comunidade e a universidade. Deve-se mencionar também o investimento que a área tem feito na questão das metodologias ativas, numa tentativa de aproximar cada vez mais o saber acadêmico da realidade das instituições e das comunidades.

Percebe-se, enfim, um movimento na direção da formação com qualidade que caminha *pari passu* com as questões teórico-práticas. Nesse sentido, ao eleger a ação profissional como *locus* adequado para interferir nos processos de trabalho e saúde, sobretudo no SUS, a área da saúde pode contribuir muito com o serviço social. O que não significa negar as discordâncias teóricas e metodológicas entre as diferentes áreas, mas, ao recuperar as experiências que a saúde tem desenvolvido no campo da educação, pode-se encontrar algumas pistas para retomar a ação profissional como mote para o processo de formação.

No contexto da reflexão sobre a ação profissional, o representante/Fnepas e a docente/pesquisadora deixaram grandes contribuições para pensar a formação profissional para o serviço social e a saúde. Também concordaram quando enfatizaram que a saúde pode ser um excelente *lócus* de análise do exercício profissional.

É para isso que a gente tem que chamar a atenção dos nossos companheiros, que todos são docentes, de que se você tomar a saúde como objeto de reflexão, não é tomar a saúde isoladamente, apenas a política, mas tomar que ali, por ser o maior campo de trabalho, vão se materializar tanto avanços da formação profissional como lacunas (Representante/Fnepas, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Não sou a favor de profissionais PARA a saúde, mas a saúde tem que ter um lugar, assim como as políticas sociais-chave, a seguridade social, de conhecimento e de programas que coloquem o nosso aluno em contato com a realidade da saúde, em atividade na saúde (Docente/pesquisadora, em entrevista realizada para esta pesquisa).

Deve-se acrescentar que o debate sobre a intervenção está posto, como bem elencaram todos os sujeitos da pesquisa, em todos os espaços sócio-ocupacionais em que a profissão esteja inserida. A saúde foi tomada como objeto de estudo e debatida como uma área de forte vinculação com a profissão e que, portanto, é portadora de todas as características e condições para contribuir para a formação profissional que a categoria almeja.

Ressalta-se que a saúde não deve ser somente visualizada como local de análise do campo prático do “fazer profissional”. Mas, também, como um espaço essencialmente multiprofissional, permeado de relações de poder profissional e de projetos em disputa. A saúde materializa os projetos societários em movimento, no âmago de um dos seus centros condensadores: as profissões e seus intelectuais.

Por isso, defende-se a permanência do debate, o aprofundamento das discussões sobre o serviço social e sua ação profissional, mas que estejam vinculados à discussão da educação, enquanto uma atividade intencional, direcionada a um fim e cada vez mais contemporaneizada. Portanto, é no contexto da saúde que se apregoa que o serviço social deve acolher, aproximar e contribuir na construção cada vez mais interdisciplinar da formação de trabalhadores para atuarem no SUS.

Nota-se, a partir dos depoimentos, que há um consenso sobre a forte relação do serviço social com a saúde, sobretudo quando pensada como espaço para investigação da ação profissional, mas, quando a análise é vinculada à formação dos trabalhadores para a área, incluídos nesse coletivo os assistentes sociais, o serviço social não tem a mesma expressividade.

A análise da participação da profissão no movimento recente de mudança nos cursos de graduação da saúde indicou uma participação tímida e confinada a poucos sujeitos profissionais, mais especificamente aqueles envolvidos no processo, não encontrando eco no interior da categoria.

Quando tomamos por referência o Código de Ética do assistente social – que reforça a “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilham dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores” (CFESS, 1993) como um dos seus princípios fundamentais –, não só se referenda o diálogo do serviço social com a saúde, sobretudo no contexto da reforma sanitária, como se percebe que é indispensável.

O desafio apontado aqui está em conjugar a necessidade das lutas políticas, suas “bandeiras”, suas reivindicações, seu movimento crítico de reflexão e denúncia, tão necessária ao SUS no Brasil, com o estar no “instituído” – nos espaços formais impregnados de conservadorismo, de pragmatismo e de tantas outras tensionalidades. E é justamente por isso que o serviço social se faz necessário e não pode se furtar de estar por inteiro nesse debate.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento verdadeiro é útil na medida em que, com base nele, o homem pode transformar a realidade.

Adolfo Sánchez Vázquez

A articulação dos temas serviço social, saúde e formação profissional permite uma série de reflexões que expressam divergências teóricas e analíticas e que conduzem a um debate necessário a todas as profissões que atuam na saúde, a respeito da questão dos recursos humanos e das exigências que o sistema único de saúde tem colocado a estes sujeitos profissionais.

Todas as mudanças que o SUS trouxe no âmbito da saúde tiveram de ser marginalizadas por seus trabalhadores em um contexto de total ausência de preocupação com essa força de trabalho e suas requisições, tanto enquanto classe trabalhadora (e suas demandas, sempre urgentes, por melhores salários, condições de trabalho e temas afins) ou como técnico-profissionais (aprimoramento técnico e intelectual; atualizações permanentes). Desta perversa equação surgem os produtos da má qualidade dos serviços, das dificuldades de otimização dos recursos disponíveis e da crítica à desumanização do sistema.

Tomando esse quadro como referência, algumas profissões vinculadas à saúde acabaram se pondo como objetivo maior, dentre os inúmeros possíveis, o debate acerca da formação profissional no contexto da graduação. Partindo de uma história de experimentos, projetos e ações inovadores – que chegariam até a subsidiar a conquista dos SUS em seu formato atual – é que explodiu, nas décadas de 1980 e 1990, um movimento nacional de recuperação da formação profissional, não restrito a categorias profissionais, mas representado por um coletivo de profissões que atuavam na saúde e respondiam à importância de reorientar a formação profissional para a atuação no SUS.

São tributários desse processo a experiência da proposta UNI, a Rede Unida e o Fnepas e a própria elaboração conjunta de *Diretrizes curriculares* para a graduação de alguns cursos da área da saúde, em resposta à exigência da nova LDB.

O serviço social, com uma trajetória antiga de atuação na saúde, realizou o processo de revisão curricular isoladamente; embora o assistente social seja considerado um profissional da saúde, ele não é exclusivo dela, pois a formação generalista que possui inclui a profissão em inúmeros espaços sócio-ocupacionais e áreas diversificadas.

As *Diretrizes curriculares* nacionais apresentam-se como um legado de um rico momento de debate e reflexão a respeito da profissão. Traduzem o compromisso da categoria com as exigências da formação de qualidade, na medida em que avançam tanto em conteúdos teóricos – apropriando-se de debates decisivos no campo das ciências sociais – como em conteúdos práticos que tomam o trabalho do assistente social como um eixo central do processo formativo.

É no bojo das discussões que antecederam a aprovação do documento que a atualização das polêmicas teóricas, sempre presente na profissão, traz para o debate a relação entre serviço social e trabalho. E, embora não tenha sido a única apropriação de difícil transposição para os novos currículos, este tema assumiu posição de destaque e persiste até hoje, como expressão de um plural e fértil debate acadêmico no interior da profissão.

As *Diretrizes curriculares*, todavia, foram sendo implementadas em um contexto de crise no ensino superior, em que a ofensiva neoliberal contrariava todas as possibilidades e exigências postas nos documentos quando confrontadas com a realidade das IES públicas e privadas. As primeiras, sucateadas e feridas em sua autonomia, à mercê dos orçamentos ínfimos e das propostas governamentais privatizantes; as segundas (privadas), aprisionadas no mercado e, com raras exceções, vendo na busca da lucratividade sua essência.

Quando pensadas nesse quadro, as condições objetivas da implementação das *Diretrizes* tornaram sua efetivação muito difícil, já que, enquanto documento norteador do processo formativo, têm um limite representado na própria organização da sociedade brasileira e sua conformação social, revelando, dessa forma, uma perversa dicotomia entre ensino público e privado e entre instituições e regionalidades, ao imprimir a um projeto que tende a ser coletivo exigências iguais para sujeitos diferenciados.

É evidente que o padrão de excelência em qualidade deve ser seguido, porém, para além do credenciamento institucional (se a IES está apta ou não a oferecer um curso de serviço social), não pode ser negado que as *Diretrizes curriculares* estão construídas em uma perspectiva que destoa da realidade da maioria dos cursos do País, sobretudo no momento de expansão.

Reflete-se que este é um movimento que tem desafiado intelectuais, pesquisadores e tantos outros sujeitos sociais a, na aspereza e dureza do real, forjar respostas objetivas para questões que afligem a população em uma perspectiva de transformação social.

O ensino superior privado não é uma abstração – pode vir a ser –, mas é nesse espaço transitório que estão sendo formados inúmeros assistentes sociais que estão nas frentes de trabalho, legitimando uma visão de profissão e prestando seus serviços à sociedade brasileira.

Essa é uma das inúmeras leituras possíveis em relação às *Diretrizes curriculares*. Defende-se tal posição. dentre outros fatores, pelo reflexo que a categoria tem sentido ao debater o exercício profissional como centralidade na formação profissional.

Embora tomada como princípio norteador das *Diretrizes curriculares*, há uma discordância entre os sujeitos da pesquisa sobre esta assertiva, o que impulsiona reflexões como: qual o lugar da ação profissional dentro das práticas educativas das IES de serviço social? E, ainda, como tem sido desenvolvida, no âmbito pedagógico, a questão do “aprender a fazer” serviço social?

Nos limites desta pesquisa, evidenciou-se a existência de duas notas consideradas imprescindíveis para iniciar o debate.

A primeira remete ao enfoque atribuído ao estágio como o local por excelência de aprendizagem do exercício profissional. Com uma aposta positiva na Política Nacional de Estágio para os cursos de serviço social, recém-aprovada pela Abepss e entendida como estratégia de qualificação da formação profissional, ressalta-se a realidade dos estágios e sua configuração efetiva. Este momento primordial do processo de formação torna-se cada vez mais personificado na figura do graduando e/ou do supervisor de campo, tornando-se sua potencialidade formativa dependente desses sujeitos.

Não se nega o protagonismo dos indivíduos, enquanto portadores de criatividade, criticidade, superação e compromisso; no entanto, é fato que deve haver a mesma preocupação institucional em oferecer condições e espaços de formação a este grupo.

Há a necessidade de polemizar sobre a relação entre serviços e universidade, estabelecida no processo histórico do serviço social. Com certeza há iniciativas isoladas de IES e campos de estágio que atenderam a este postulado do projeto de formação profissional, porém essa questão não mereceu maior investimento no âmbito da profissão, o que se evidencia pela ausência ou, no melhor das opções, pela tímida participação dos serviços nos processos de revisão curricular. Permanece o fosso que separa as discussões acadêmicas da realidade dos campos, que são tradicionalmente supridas pela ideia dos famigerados “eventos” da categoria, numa relação temporal, factual e inorgânica.

Ainda, deve-se complementar com a realidade dos graduandos de serviço social, maciçamente parte da classe trabalhadora e oriundos da escola pública, portanto, portadores de condições precárias de vida, acirradas pelas mudanças no mundo do trabalho e pela tentativa de desmonte das políticas públicas – e que tem rebatimento na formação geral (cultural, política e social) das comunidades.

Há de refletir sobre essa perspectiva e elaborar estratégias que contemplem esse perfil dos ingressantes nos cursos de serviço social, como forma de enfrentamento da questão, seja por meio de cursos de nivelamento, atividades de tutoria e outros tantos tipos de espaços de aprendizagem que podem ser utilizados para tal propósito. Soma-se, ainda, no campo das lutas e reivindicações, a questão da educação pública, laica e de qualidade em todos os níveis.

Articulada a esses fatores, vincula-se a segunda nota, que se refere ao princípio e diretriz da formação profissional: a flexibilidade na organização dos currículos, extrapolando as disciplinas e aula como únicos espaços de aprendizagem.

A universidade brasileira tem como uma de suas bases a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Reforça-se a possibilidade de aprendizagem contida nas propostas extensionistas, dado seu caráter social e sua vinculação com a pesquisa e o ensino.

A própria noção de extensão estimula a ação interdisciplinar, comunitária e produtora de um tipo de conhecimento prático que pretende responder às demandas sociais. Permite, portanto, outros espaços e formas pelas quais intervenção profissional pode ser exercida, examinada e reinventada junto com os próprios campos de atuação profissional, forjando uma articulação mais orgânica com os serviços e a comunidade.

Diante das dificuldades postas às IES de avançarem nessa perspectiva, não há fórmulas mágicas e muito menos receituários, pois é na realidade objetiva, segundo o seu contexto institucional, pedagógico e político, que as propostas podem ter eco ou não. Nesse sentido, apregoa-se o incentivo, a capacitação e o suporte que as entidades representativas da profissão têm de tomar para si tal responsabilidade, na direção de uma formação que extrapole o tradicionalismo e o conservadorismo no formato dos currículos.

Nesse sentido, as experiências pioneiras do coletivo das profissões da saúde têm muito a contribuir com o serviço social, não como modelo ou cópia, mas como fonte de pesquisa na perspectiva de focar a graduação como momento primordial da formação, em uma proposta que tem em seu horizonte a ação multiprofissional, enraizada nos serviços e na comunidade em que está inserida. Sendo, assim, capaz de atender às demandas dos usuários e do próprio SUS.

Embora, de acordo com a portaria CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998, o serviço social seja considerado uma das profissões da saúde, é consenso que exista um “mal estar” em assumir tal posição, pois isto, para muitos, fere a ideia de profissão generalista. Ainda, equivocadamente, levantou debates sobre certa formação especializada em saúde em detrimento de tantas outras áreas ou políticas em que o assistente social atua.

É no binômio formação generalista e formação para o trabalho em saúde que reside o centro do debate proposto neste trabalho.

Parece evidente que o assistente social é um trabalhador da saúde, quer seja pelo domínio técnico e específico que a profissão legitimou para si dentro dessa área, quer pela sua necessidade social, dado o conceito ampliado de saúde – a doença deve ser pensada no contexto das relações sociais em que a vida acontece.

Destaca-se o salto qualitativo que a profissão pode dar, especialmente em termos de qualificar a ação profissional e, conseqüentemente, de atribuir um *status* diferenciado ao assistente social nas equipes de saúde, quando é tomado como mote o princípio constitucional da integralidade.

Ao estabelecer a necessidade de efetividade das ações assistenciais, preventivas e promocionais de saúde frente à realidade dos usuários, legitimam-se as contribuições de diferentes sujeitos profissionais na organização do processo de trabalho em saúde.

Dessa maneira, a formação generalista preconizada nas *Diretrizes curriculares* fornece os elementos para que o assistente social atue com qualidade e responsabilidade na esfera da saúde. Deriva dessa certeza a inquietação que originou este estudo: se tomamos como verdadeira tal afirmação, por que os jovens profissionais, em uma análise empírica que fazemos enquanto professora, sempre se queixam da formação que receberam e das exigências do trabalho em saúde?

Uma primeira explicação advém da própria realidade da vinculação entre saúde e serviço social. Mesmo quando há disciplinas relacionadas à saúde, como a disciplina de seguridade social, a forma como é desenvolvida a articulação entre ambas não consegue atingir a ação profissional, ficando, muitas vezes, na história, nas características da política e dando pouca ênfase à própria ação profissional na saúde. Dessa maneira, contribui para formar o profissional mais no aspecto da “política” (no sentido do domínio da construção social da saúde, da conjuntura e seus reflexos na área) e menos para o perfil da ação (como o assistente social enfrenta tais questões no cotidiano profissional).

Nota-se também que a presença do assistente social no conjunto das profissões de saúde não significou uma mudança na formação dos recursos humanos para o SUS. Embora o serviço social tenha participação efetiva no Fnepe e tenha tido até um projeto aprovado para o desenvolvimento de pesquisa (que culminou na avaliação do processo de implementação das *Diretrizes curriculares* no Brasil, realizado em 2006), sua permanência é ainda muito representativa da Abepss e pouco pulverizada no interior da categoria. Isto permite afirmar que a preocupação com a formação de quadros profissionais para o trabalho no SUS não é

uma demanda clara para o serviço social: quando muito é particular de pesquisadores e professores com alguma vinculação com a área, repondo a problemática da personificação.

Entende-se que esse movimento é comum a todas as áreas e políticas em que o assistente social está inserido e esta é, inclusive, uma tarefa da academia: formar assistentes sociais críticos e competentes, capazes de serem lideranças, pesquisadores e fomentadores de novas ações e projetos nos espaços onde atuam. Destarte, a questão da formação para o trabalho em saúde é espelho para a mesma relação com outras áreas, o que permite retomar a pergunta feita anteriormente (por que há queixas acerca da formação recebida em detrimento do trabalho profissional a ser desempenhado?).

Mesmo sendo privilegiado o caráter interventivo da profissão, o seu trato dentro das práticas educativas ainda carece de maturamento, expresso na real dificuldade de analisar a ação profissional para além do seu aspecto descritivo, de suas técnicas e abordagens.

O exame das competências e atribuições profissionais auxilia nesse processo. Porém, considerando-se o caráter generalista da profissão, elas são ampliadas e se tornam genéricas, objetivando dar suporte à diversidade de espaços sócio-ocupacionais da profissão. Torná-las mais próximas da realidade dos campos de trabalho é imprescindível para reposicionar a intervenção como centro da formação profissional.

Diante disso, defende-se como melhor forma de responder a essa questão o estreitamento dos laços entre a formação e o mundo do trabalho, já que a categoria trabalho comporta tanto as possibilidades de reversão de um dado tipo de sociedade como a manutenção do *status quo*, tornando-a pedagógica. Daí advém a compreensão do trabalho como princípio educativo, que serve também para respaldar a formação profissional do assistente social.

Juntamente com outras áreas e políticas de atuação, a saúde pode ser o cenário para essa empreitada. Contribuem para isso a própria conformação do processo coletivo do trabalho; a sua dimensão relacional; a conexão intrínseca com outras áreas e serviços; a base teórica e política da reforma sanitária, que se aproxima do projeto ético-político profissional, entre outros elementos. Ainda merece ser ressaltado o fato de que a saúde é um dos maiores campos de atuação do assistente social.

Finalmente, a conjuntura político-econômica-social é uma ameaça a qualquer tentativa de mudança. Assim, sob o manto do capital, movem-se iniciativas sutis de sedimentação de uma determinada sociedade em que a tecnologia reforça o individualismo, os movimentos sociais são criminalizados, os direitos sociais são tomados como privilégios. É nesse tabuleiro que se movem as peças contra-hegemônicas dessa realidade. Entende-se que a formação

profissional é parte desse conjunto, já que prepara indivíduos sociais que atuarão nas condições sociais, materiais, culturais de outros indivíduos. Portanto, deve ser capaz de influir nesse processo.

Essa é, todavia, uma tarefa árdua, e por isso deve ser compartilhada com outros sujeitos, profissões, organizações, enfim, deve se tornar a mais fina expressão do significado do termo “coletivo”. Para isso, adotar a perspectiva das ações e dos diálogos interdisciplinares é condição primordial.

Na realidade do ensino superior em que está a formação profissional, tem-se assistido à crescente mercantilização da educação, seja na expansão dos cursos de graduação presencial ou na modalidade a distância com reflexos previsíveis que indicam um cenário ainda mais degradante no ensino superior brasileiro.

Nesse sentido, é inegável a ação que as profissões têm desenvolvido na direção contrária deste projeto, ao privilegiar a graduação como locus e o SUS como ferramenta de ação e aprendizagem, com distorções, erros e acertos característicos de um processo social. Tem-se partindo na direção de um jeito de aprender e ensinar saúde, que também possibilita a construção de outro e novo jeito de aprender e ensinar o fazer profissional do assistente social.

REFERÊNCIAS

- ABESS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL. *Caderno Abess: Diretrizes curriculares e pesquisa em serviço social*. São Paulo, Cortez, n. 8, 1998.
- ABEPSS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. *Diretrizes gerais para o curso de serviço social*. Rio de Janeiro, aprovado em 8 nov. 1996.
- _____. Diretrizes curriculares: polêmicas e perspectivas. *Temporalis*. Brasília, ano I, n. 2, jul./dez. 2000.
- _____. Política de saúde e serviço social: impasses e desafios. *Temporalis*. São Luís, ano VII, n. 13, jan./jun. 2007.
- _____. *Pesquisa avaliativa da implementação das Diretrizes curriculares do curso de serviço social (2006)*. Brasília, CNPq/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2008.
- ALMEIDA, Márcio José. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudanças*. Rio de Janeiro/Londrina, ABM/UEL, 1999.
- _____. A educação médica e as atuais propostas de mudanças: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 25, n. 2, pp. 42-52, maio/ago. 2001.
- _____; FEUERWERKER, Laura (Orgs.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo/Buenos Aires/Londrina, Hucitec/Lugar Editorial/UEL, 1999.
- ALVES, Giovanni. *O novo (e precário) mundo do trabalho*. Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo, Boitempo/Fapesp, 2000.
- AMARAL, Nelson Cardoso. O financiamento do ensino superior público no Brasil: dos jesuítas a FHC. *Revista Universidade e Sociedade*. Brasília, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, n. 30, ano XIII, jun. 2003, pp. 100-9.
- ANDES-SN. Proposta do Andes-SN para a universidade brasileira. 3. ed. atualizada e revisada. *Cadernos Andes*. Brasília, n. 2, out. 2003.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. Unesp/Ed. Fiocruz, 2003.
- BARBIERI, Fernanda Bersanetti. *A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Persons, 1977.
- BASSANI, Paulo. *Projeto Rondon – Apresentação*. Disponível em: <<http://www.proex.uel.br/rondon/?content=apresentacao.htm>>, acessado em 12 fev. 2008.
- BERHING, Elaine Rossetti. “Fundamentos de política social”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp.13-39.

- _____. Reforma do estado e seguridade social no Brasil. *Revista Ser Social*. Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social-Departamento de Serviço Social-Universidade de Brasília, n. 7. pp. 43-79, 2000.
- BERTUSSI, Débora Cristina. *Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades*. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/tese_t03.htm>, acessado em 20 maio 2008.
- BETTIOL, Lília Maria. *Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família*. São Paulo, Editora Unesp, 2006.
- BEZERRA, Ponciano; LEITE, Janete Luzia. Entrevista: José Paulo Netto. *Revista Universidade e Sociedade* Brasília, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, n. 30, ano XIII, pp. 121-34, jun. 2003.
- BOLETIM INFORMATIVO. Rede UNIIDA, n. 1, 1996.
- BOSCHETTI, Ivanete. O desenho das diretrizes curriculares e dificuldades na sua implementação. *Revista Temporalis*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), n. 8, ano 4, pp. 19-30, jul/dez. 2004.
- BOTOMÉ, Silvio Paulo. *Pesquisa alienada e ensino alienante*. O equívoco da extensão universitária. Rio de Janeiro, Vozes, 1996.
- BRANDÃO, Helena Hathsue Nagamine. *Introdução à análise do discurso*. 2 ed. rev. Campinas, Editora da Unicamp, 2004.
- BRASIL. *Estatuto das Universidades Brasileiras*. Decreto 19.851, de 11 abril de 1931.
- _____. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961.
- _____. Decreto –Projeto Rondon n. 62.927, de 23 de junho de 1968a.
- _____. Lei Básica da Reforma Universitária n. 5.540, de 28 de novembro de 1968b.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.
- _____. *Lei Orgânica da Saúde* n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- _____. Decreto- Lei 8.662, de 7 jun. 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jun. 1993.
- _____. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996
- _____. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Plano Nacional de Educação. Lei 10.172, de 9 de janeiro de 2001.
- _____. Ministério da Educação. Decreto 5.773, de 9 de maio de 2006a.
- _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília: MS, 2006b.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. “Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo/Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 197-217.
- BOURGUIGNON, Jussara Ayres. *A particularidade histórica da pesquisa no serviço social*. São Paulo/Ponta Grossa-PR, Veras Editora/Editora UEPG, 2008.

- BUARQUE, Cristovam. *A aventura da universidade*. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. Unesp/Paz e Terra, 1999.
- _____. Por uma universidade ligada. *Revista Ensino Superior*. São Paulo, Ed. Segmento/Semesp, n. 47, ano 4, pp. 32-37, ago. 2002.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva v. 5, n. 1, pp. 163-177, 2000.
- CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. “Introdução”. In: BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, MS, 2006, pp. 9-12.
- CAMPOS, G. V. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo, Hucitec/Fapesp, 2000.
- CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Bergulio; CORDONI, Luiz Jr. “A organização do sistema de saúde no Brasil”. In: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A, CORDONI, L. Jr. *Bases da saúde coletiva*. Londrina, Ed. UEL, 2000.
- CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. O ensino do trabalho profissional – perspectiva Capes. *Revista Temporalis*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), n. 8, ano 4, pp. 165-169, jul/dez. 2004.
- CASTRO, Manuel Manrique. *História do serviço social na América Latina*. 4. ed. São Paulo, Cortez, 1993.
- CERVEIRA, Maria Angélica Cúria; GIL, Célia Regina Rodrigues; TORRES, Zelma Francisca. “Polos de Capacitação em Saúde da Família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para a atenção básica”. In: FARIA, Regina; NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d’Ávila (Orgs). *Recursos humanos em saúde*. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Instituto de Economia da Unicamp, 2002, pp. 103-125.
- CFESS. Resolução Cfess n. 533, de 29 de setembro de 2008.
- _____. *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (versão preliminar)*. Brasília, Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, mar. 2009.
- CHARLE, Christophe. Europa: o ensino no tom do mercado. *Jornal Le Monde Diplomatique Brasil*, ano 1-n. 3, pp. 34-35, out. 2007.
- CHAUI, M. *Brasil: mito fundador e sociedade autoritária*. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2000.
- _____. *Escritos sobre a universidade*. São Paulo, Editora Unesp, 2001.
- CHAVES, Mário; FEUERWERKER, Laura; TANCREDI, Francisco B. “Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta”. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura (Orgs.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo/Buenos Aires/Londrina, Hucitec/Lugar Editorial/UEL, 1999.
- _____; KISIL, Marcos. “Origens, concepção e desenvolvimento”. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel C. *A educação dos profissionais de saúde*

na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo/Buenos Aires/Londrina, Hucitec/Lugar Editorial/UEL, 1999.

COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DO FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. *Institucionalização da extensão nas universidades públicas brasileiras: estudo comparativo* 1993/2004. Disponível em: <http://www.renex.org.br/documentos/02_Cap_tulo_02_Institucionaliza_o.pdf>, acessado em 5 fev. 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. “O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 304-51.

CRESS-SP – Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo. *Legislação brasileira para o serviço social*. São Paulo, Cress-SP, 2004.

CUNHA, José Auri. “Educação em debate”. In: MANACORDA, Mario Alighiero. *O princípio educativo em Gramsci: americanismo e conformismo*. Campinas-SP, Alínea, 2008, pp. 309-11.

CUNHA, L. A. *A universidade temporã*. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 1986.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde*. Alma-Ata, URSS, 06-12 de setembro de 1978, disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>, acessado em 21 ago. 2005.

DIAS, Edmundo Fernando. *Gramsci em Turim: a construção do conceito de hegemonia*. São Paulo, Xamã, 2002.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1975.

DUARTE, Jorge. “Entrevista em profundidade”. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antônio (Orgs). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo, Atlas, 2005.

FAGUNDES, José. *Universidade e compromisso social - extensão, limites e perspectivas*. Campinas, Editora da Unicamp, 1986.

FARIA, José Henrique de. Universidade, produção científica e aderência social: a indissociabilidade e a contrarreforma do ensino superior. *Revista Universidade e Sociedade*. Brasília, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, n. 35, ano XV, pp. 13-33, fev. 2005.

FARIA, Regina; NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d’Ávila (Orgs). *Recursos humanos em saúde*. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Instituto de Economia da Unicamp, 2002.

FERNANDES, Florestan. Entrevista: Crise da universidade. LDB e socialismo hoje: a opinião de Florestan Fernandes. *Universidade e Sociedade*. São Paulo, Andes-SN, ano II, n. 3, pp. 43-46, 1992.

FEUERWERKER, Laura. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo/Londrina/Rio de Janeiro, Hucitec/Rede Unida/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

- _____; MARSIGLIA, Regina. Estratégias para mudança na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 12, pp. 24-28, jul. 1996.
- _____; SENA, Roseni. “A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social”. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura (Orgs.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo/Buenos Aires/Londrina, Hucitec/Lugar Editorial/UEL, 1999.
- _____; ALMEIDA, Márcio José de. “Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida”. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d’Ávila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, Instituto de Economia da Unicamp, 2002.
- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS – FORGRAD. *O currículo como expressão do projeto pedagógico: um processo flexível*. Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras. Niterói, 17-19 abr. 2000 (mimeo.).
- _____. *Plano nacional de extensão*. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras/SESu/MEC. Brasília, 2001.
- _____. *Política Nacional de Extensão – Áreas Temáticas*, 2006. Disponível em: <http://proex.epm.br/projetossociais/Encontro%20Santos/aulas_forum_pro_reitores_050406/pautaVII/Reestruturacao%20das%20areas%20tematicas%202006.doc>, acessado em 12 fev. 2008.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, n. 26, pp. 118-22, 2002.
- _____. “Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial”. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Hucitec, 2003, pp. 55–124.
- FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação*. 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- _____. *Pedagogia do oprimido*. 13. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- FUKUYAMA, Francis. *O fim da história e o último homem*. Rio de Janeiro, Rocco, 1992.
- FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. Relatório Anual de 2002.
- GADOTTI, Moacir. *Educação e poder*. Introdução à pedagogia do conflito. 10. ed. São Paulo, Cortez Editora, 1991.
- GENTILLI, Raquel. “Desafios da prática ao novo currículo do serviço social”. In: ABEPSS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes Curriculares: polêmicas e perspectivas. *Temporalis*. Brasília, ano I, n. 2, pp. 133-152, jul./dez. 2000.
- GIL, Célia Regina Rodrigues; CERVEIRA, Maria Angélica Curia; TORRES, Zelma Francisca. “Polos de capacitação em saúde da família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica”. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D’Ávila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. pp. 103-125.

- GOMES, Lílían Yara de Oliveira. *Extensão universitária: uma possibilidade de formação*. 1993. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- GRAMSCI, Antonio. *Escritos Políticos* v. 2. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2004 [Antônio Gramsci; organização e tradução Carlos Nelson Coutinho].
- GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. *Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente*. São Paulo, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social, 1995.
- GUERRA, Yolanda. “Ensino da prática profissional no serviço social: subsídios para uma reflexão”. In: ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares: polêmicas e perspectivas. *Temporalis*. Brasília, ano I, n. 2, pp. 153-161, jul./dez. 2000.
- HADDAD, Ana Estela *et al.* (Orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. 15 v. Brasília, Inep, 2006.
- HAMILTON, David. Sobre as origens do termos classe e curriculum. *Teoria e Educação*. Porto Alegre, Pannonica, n. 6, pp. 33-52, 1992.
- HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. 5. ed. Petrópolis, Vozes, 1989.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo, Cortez, 2007.
- _____. “O serviço social na cena contemporânea”. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009, pp. 15-50.
- _____; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e serviço social no Brasil*. 11 ed. São Paulo /Lima – Peru, Cortez/Celats, 1996.
- INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Resumo Técnico Censo da Educação Superior 2007*. Brasília DF, Ministério da Educação, 2009.
- IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo, Hucitec, 1994.
- _____. “Universidade, extensão e sociedade: algumas reflexões”. In: CYRINO, Antônio Pithon; MAGALDI, Cecília (Orgs.). *Saúde e comunidade – 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva*. Botucatu, Cultura Acadêmica/Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista, 2002.
- Vilany Kehrle. [Informações sobre o Projeto Rondon]. Disponível em: <<http://mecsrv04.mec.gov.br/acs/asp/noticias/noticiasDiaImp.asp?id=7267>>, acessado em 12 fev. 2008.
- LAMPERT, Ernani. O desmonte da universidade pública: a interface de uma ideologia. *Revista Universidade e Sociedade*. Brasília, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, n. 33, ano XIV, pp. 75-92, jun. 2004.
- LEHER, Roberto. “Projetos e modelos de autonomia e privatização das universidades públicas”. In: GENTILI, Pablo (Org.) *Universidades na penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária*. São Paulo, Cortez, 2001, pp. 151-87.
- LICO, Fátima Madalena de Campos; FERREIRA, Maricene Ceravolo de Melo; MARTINS, Cleide Lavieri and MENDES, Rosilda. Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em

- unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. *Saúde Sociedade*. 2005, vol.14, n.1, pp. 78-90.
- LOPES, J.C.C. *Saúde e Cidadania*. O que estamos falando? Programa Integrar – CUT/Confederação Nacional dos Metalúrgicos, s/d.
- YAZBEC, Maria Carmelita; MARTINELLI, Maria Lúcia; RAICHELIS, Raquel. O serviço social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 95, ano XXIX, pp. 5-32, 2008.
- MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.
- MARSIGLIA, Regina M. Giffoni. *Carta de Apresentação dos Projetos UNI*, 1991.
- _____. *Relação ensino/serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1995.
- _____. “Orientações básicas para a pesquisa”. In: MOTA, Ana E. et al. (Orgs). *Serviço social e saúde – formação e trabalho profissional*. São Paulo, Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 383-398.
- MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). *Pesquisa qualitativa – um instigante desafio*. São Paulo, Veras Editora, 1999, pp. 59-84 (Série Núcleo de Pesquisa 1).
- _____. Os métodos na pesquisa. A pesquisa qualitativa. *Revista Temporalis – revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – Abepss/Pesquisa e conhecimento em serviço social*. Recife, Ed. Universitária da UFPE, Ano V, n. 9, pp. 117-129 jan/jun. 2005.
- MEC/INEP/DAES. *Censo da Educação Superior: resumo técnico*. Brasília, MEC/Inep/Daes, 2003.
- MEDINA, Paulo Roberto de Gouvêa et al. *OAB Recomenda*. 3. ed. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/OABRecomenda1.pdf>>, acessado em 12 fev. 2008.
- MENDES, Jussara Maria Rosa. Os desafios das diretrizes curriculares na afirmação do projeto ético-político do serviço social: a proposta da oficina. *Revista Temporalis*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), n. 8, ano 4, pp. 9-13, jul/dez. 2004.
- MENDONÇA, Sônia R.; FONTES, Virgínia M. *História do Brasil recente – 1964-1980*. São Paulo, Ática, 1988.
- MERHY, E. E. *A saúde pública como política*. São Paulo 1920 – 1948. Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo, Hucitec, 1992.
- MERHY, Emerson Elias et al. (Orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Hucitec, 2003, pp. 55–124.
- MÉSZÁROS, I. *A educação para além do capital*. São Paulo, Boitempo Editorial, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 2000.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do serviço social em foco: sistematização de um processo investigativo. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 8 n.1, pp. 22-48, jan./jun.2009.

- MONTAÑO, CARLOS. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo, Cortez, 2002.
- MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa; SILVA, Tomaz Tadeu da. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. *Currículo, Cultura e Sociedade*. 9 ed. São Paulo, Cortez, 2006, pp. 7-37.
- MOREIRA, Sônia Virgínia Moreira. “Análise documental como método e como técnica”. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antônio (Orgs.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo, Atlas, 2005.
- MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 10. ed. São Paulo/Brasília, Cortez/Unesco, 2005.
- MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006.
- MOTA, Ana Elizabete; UCHÔA, Roberta. “Apresentação”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 7-10.
- MOTTA, Rosilda Mendes Marciano. *Formação em Serviço para profissionais de saúde: um programa em questão*. 1994. Dissertação (Mestrado) em Filosofia da Educação, apresentada à PUC-SP, São Paulo.
- MOURÃO, Ana M. A. *et. al.* “A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo/Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 352-380.
- NAGEL, Lizia Helena. “O Estado brasileiro e as políticas educacionais a partir dos anos 80”. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.). *Estado e políticas sociais no Brasil*. Cascavel – PR, EdUnioeste, 2001, pp. 99-122.
- NETTO, José Paulo. “A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea”. In: CFESS/ABEPSS; CEAD/UnB (Orgs.). *Crise contemporânea, questão social e serviço social*. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília, Cead/UnB, 1999.
- _____. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2001.
- _____. “A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea”. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez/Opas/ OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 141-160.
- NEVES, Lúcia Maria Wanderley. “A política educacional brasileira na sociedade do conhecimento”. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, 2008, pp. 355-391.
- NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.). *Estado e políticas sociais no Brasil*. Cascavel – PR, EdUnioeste, 2001.
- NOGUEIRA, Maria das Dores Pimentel. *Políticas de extensão universitária brasileira*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2005.

- NOGUEIRA, Roberto Passos. *O trabalho em serviços de saúde*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T4.pdf>, acessado em 12 jun. 2006.
- NUNES, Tânia Celeste Matos. *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. “Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas”. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/EPSJV, 2008, pp. 91-122.
- PAIVA, Vanilda. Sobre o conceito de capital humano. *Cadernos de Pesquisa*. Faculdade de Educação da UFRJ, n. 113, Jul/2001, p. 185-191.
- PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro, Edit. Fiocruz, 2006.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. “Discurso de posse”. In: *A reforma administrativa na imprensa: seleção de artigos produzidos no MARE/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado*. MARE, Brasília, 1997 (Cadernos MARE da reforma do Estado; c. 7).
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT/AnnaBlume, 1998.
- PRADO JR., Caio. *Formação do Brasil contemporâneo*. Divisão de Publicação da Empresa Folha da Manhã/Editora Brasiliense, São Paulo, 2000.
- PRATES, Jane Cruz. Planejamento da Pesquisa Social. *Revista Temporalis*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ano 4, nº 7, pp. 123-143, jan/jun. 2004.
- QUEIROZ, Maria Isaura P. *Variações sobre o emprego da técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo, T. A. Queiroz, 1991.
- RAMIRES, Érika P; LOURENÇÃO, Luciano G.; SANTOS, Marilene R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. *Arquivos de Ciências da Saúde*. FAMERP-São José do Rio Preto-SP, n. 11, vol. 4, out-dez/2004, p.205-9.
- REDE IDA/BRASIL. *Relatório do II Encontro Nacional de Coordenadores de Projetos*. Belo Horizonte, Rede IDA/Brasil, 1987.
- REDE UNIDA. VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005.
- RIBEIRO, Elisete. *A atenção primária à saúde em Curitiba: o trabalho no Programa Saúde da Família*. 2002. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- ROCHA, Roberto Mauro Gurgel. “Construção conceitual da extensão universitária na América Latina”. In: FARIA, Dóris Santos (Org.). *Construção conceitual da extensão universitária na América Latina*. Brasília, Ed. Universidade de Brasília, 2001, pp. 13-29.
- ROSENDO, C. A. et al. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, pp. 15-23, abr. 1999.

- SÁ, Jeanete Liasch Martins de. *Conhecimento e currículo em serviço social*. São Paulo, Cortez, 1995.
- SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e luta dos trabalhadores da Grande São Paulo*. São Paulo, Paz e Terra, 1988.
- SANTOS, Boaventura de Souza. *Pela mão de Alice – O social e o político na pós-modernidade*. 6. ed. São Paulo, Cortez, 1999.
- _____. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade*. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2005. (Coleção questões de nossa época; v. 120).
- SANTOS, Milton. *Território e sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo, Perseu Abramo, 2000.
- SANICOLA, Lia. *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo, Veras Editora, 2008.
- SCHMICKLER, Catarina Maria; RIBEIRO, Edaléa Maria. “Serviço social e orientação profissional”. In: HADDAD, Ana Estela et al. (Orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na saúde – 1991 -2004*. Brasília, Inep, 2006, pp. 455-487.
- SCHWARTZMAN, Simon. *América Latina: universidades en transición*. Washington, Organización de los Estados Americanos, Colección Interamer, nº 6, 1996.
- SETÚBAL, Aglair Alencar. “Análise de conteúdo – suas implicações nos estudos das comunicações”. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). *Pesquisa qualitativa – um instigante desafio*. São Paulo, Veras Editora, 1999, pp. 59-84 (Série Núcleo de Pesquisa; 1).
- SCHRAIBER, Lilia B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1989.
- SCHRAIBER, Lilia B.; MACHADO, Maria Helena. “Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil”. In: FLEURY, Sônia (Org.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997, pp. 281-97.
- SGUISSARDI, Valdemar. “A universidade neoprofissional, heterônoma e competitiva”. In: MANCEBO, Denise; FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque (Orgs.). *Universidade: políticas, avaliação e trabalho docente*. São Paulo. Cortez, 2004, pp. 33-52.
- SILVA, Maria das Graças Martins da Silva. “Extensão Universitária no sentido do Ensino e da Pesquisa”. In: FARIA Dóris Santos (Org.). *Construção conceitual da extensão universitária na América Latina*. Brasília, Ed. Universidade de Brasília, 2001, pp. 91-105.
- SUPLICY, Eduardo Matarazzo; MARGARIDO NETO, Bazileu Alves. *Políticas sociais: o Programa Comunidade Solidária, o Programa de Garantia de Renda Mínima e o planejamento e políticas públicas*. Brasília, Ipea, maio/1996, n.º 12 – jun./dez. 1995.
- TAFFAREL, Celi Zulke. Os movimentos sociais, as organizações não-governamentais e a educação. *Revista Universidade e Sociedade*. Brasília, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, n. 31, ano XIII, pp. 107-19, out. 2003.
- TEIXEIRA, Anísio. Uma perspectiva da educação superior no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, v. 50, n. 111, pp. 21-82, jul./set. 1968.

- TEIXEIRA, Sônia Fleury. “O dilema da Reforma Sanitária Brasileira”. In: BERLINGUER, G; TEIXEIRA, S. M; CAMPOS, G. W. de S. *Reforma Sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988, pp. 195-207.
- _____. *Reforma sanitária – em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/Abrasco, 1995.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio Janeiro, Cortez/Abrasco, 1989.
- THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo, Pólis, 1987. Col. Teoria e História 6.
- TOBIAS, J. A. *História da educação brasileira*. 4. ed. São Paulo, Ibrasa, 1986.
- TORRES, Carlos Henrique Duarte Alves. *Ensino de epidemiologia na escola médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. 2002. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- TREVISAN, Leonardo. *O pensamento militar brasileiro*. São Paulo, Global, 1985.
- TRINDADE, Héglio. “As metáforas da crise: da ‘Universidade em ruínas’ às ‘universidades na penumbra’ na América Latina”. In: GENTILI, Pablo (Org.). *Universidades na penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária*. São Paulo, Cortez, 2001, pp.13-43.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1990.
- UCHOA, Roberta. Resultados da pesquisa “Serviço Social: interfaces com a saúde”. In: ABEPSS. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. *Temporalis*. São Luís, ano VII, n. 13, pp. 185-200, jan./jun. 2007.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo, Cortez, 2002.
- _____. “Sistema Único de Saúde, profissões de saúde e formação”. In: ABEPSS. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. *Temporalis*. São Luís, ano VII, n. 13, pp. 151-183, jan./jun. 2007.
- VASCONCELLOS, Celso dos S. *Currículo: a atividade humana como princípio educativo*. São Paulo, Libertad, 2009 (Coleção Cadernos Pedagógicos da Libertad – v. 7).
- VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1968.
- VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e a política social*. São Paulo. Cortez, 2004.
- WANDERLEY, Luís Eduardo. *Educar para transformar*. Igreja Católica e política no movimento de educação de base. Petrópolis. Vozes, 1984.
- _____. A “nova” (des) ordem mundial implicações para a universidade e a formação profissional. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 44, ano V, pp. 5-25, abr. 1994.
- _____. Universidades e sociedades: consensos e dissensos. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 81, ano XXVI, pp. 156-177, mar. 2005.
- _____. *Democracia e Igreja popular*. São Paulo, Educ, 2007.

- WANDERLEY, Mariângela Belfiore. “Formação profissional no contexto da reforma do sistema educacional”. In: ABESS, Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. *Caderno Abess: Diretrizes curriculares e pesquisa em Serviço Social*. São Paulo, Cortez, n. 8, pp. 7-18, 1998.
- YAZBEK, Maria Carmelita. “O serviço social e o movimento histórico da sociedade brasileira”. In: CRESS-SP. *Legislação Brasileira para o Serviço Social: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da(o) assistente social* (organização Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9ª Região – gestão 2002-2005). São Paulo, O Conselho, 2004, pp.13-29.

Sítios na rede mundial de computadores:

- Informações sobre o Prouni: <<http://prouni-inscricao.mec.gov.br/prouni/Oprograma.shtm>>, acessado em 12/2/8.
- Pesquisa da Abepss: <<http://www.ufpe.br/new/visualizar.php?id=3837>>, acessado em 20 out. 2008.
- Assistentes sociais são citados como exemplo de resistência. <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=253>, acessado em 19 ago. 2009.
- Informações sobre o Fnepas: <<http://www.fnepas.org.br>>, acessado em 7 nov. 2009.
- Informações sobre a Rede Unida: <<http://www.redeunida.org.br/index.php>>, acessado em 5 nov. 2009.
- Informações sobre a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social: <<http://www.abepss.org.br/index.html>>, acessado em 19 ago. 2009.
- Política Nacional de Estágio da Abepss: <http://www.abepss.org.br/briefing/graduacao/politica_nacional_estagio.pdf>, acessado em 10 fev. 2010.
- Grupo In-Formação Continuada em Serviço Social e Saúde: <http://s.socialesaude.zip.net/arch2006-09-10_2006-09-16.html>, acessado em 11 jan. 2010.
- Informações sobre o Programa Saúde da Família: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#consolidado>>, acessado em 19 fev. 2010.
- Carta aberta aos estudantes e trabalhadores dos cursos de graduação a distância em serviço social no Brasil*, assinada por Cfess, Cress, Abepss e Enesso, de 9 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=305>, acessado em 19 fev. 2010.
- Manifesto sobre os cursos de graduação a distância em serviço social*, assinado por Enesso, Abepss e Cfess, de 17 de fevereiro de 2006. Documento disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/entidades_graduacaodistfev2006.pdf>, acessado em 19 fev. 2010.
- Representação da Unopar ao Ministério Público Federal/Procuradoria da República no município de Londrina (PR), de junho de 2009, sobre a Resolução Cfess nº 533, de 29 de setembro, que regulariza a supervisão de estágio. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=338>, acessado em 20 fev. 2010.

Fontes Orais (entrevistas):

- Elaine Rossetti Behring. Entrevista realizada no Teatro da PUC (Tuca) – São Paulo, em 12 de maio de 2009.
- Maurílio Castro de Matos. Entrevista realizada na PUC – São Paulo, em 24 de junho de 2009.
- Regina Célia Tamasso Miotto. Entrevista realizada na UFSC – Florianópolis, em 30 de julho de 2009.
- Vera Maria Ribeiro Nogueira. Entrevista realizada em Londrina, em 11 de abril de 2009.

APÊNDICE I

Roteiro semi-estruturado de entrevista:

I – Identificação (aspectos que serão importantes para compor o perfil dos entrevistados):

IES: _____

Tempo de formada: _____ anos. Instituição formadora: _____

Titulação: _____

Emprego(atualmente): _____

Entidade que representa: _____

II – Serviço Social e Formação profissional:

2.1 Você acompanhou o processo de discussão para a construção das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social? Se sim, comente tal processo.

2.2 O resultado final (homologação) contemplou as questões apontadas pelo debate nacional? Comente.

2.3 Passados sete anos da definição das diretrizes curriculares, como você avalia a sua implementação? (Aponte os avanços e as dificuldades desse processo)

2.4 Na sua avaliação, qual o papel das diretrizes na formação profissional?

2.5 Quais seriam os desafios para a efetivação da proposta das diretrizes curriculares?

III – Diretrizes Curriculares e Formação de recursos humanos para a saúde.

3.1 Como você avalia a presença do curso de Serviço Social no conjunto das profissões da saúde?

3.2 Partindo do ponto de vista formal-legal como você percebe a participação do Serviço Social no movimento de formação de recursos humanos para a saúde? Procure pensar do ponto de vista mais geral (participação em organizações como o FNEPAS) e também específico (o trato da política de saúde dentro das diretrizes).

3.3 A partir das avaliações da implementação das diretrizes curriculares no país, como você considera que a formação para o trabalho na saúde tem sido encaminhada no Serviço Social?

3.4 Tomando como parâmetro as competências e habilidades postas para o assistente social você considera que elas contribuem para a afirmação da categoria como trabalhadores de saúde?

3.5 Do ponto de vista pedagógico, você acredita que a formação generalista, característica da formação profissional, têm dado conta de preparar os graduandos para o trabalho na saúde, considerando as suas especificidades?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: “Atualizando o debate: formação profissional, trabalho em saúde e serviço social”

Objetivo Geral: Situar e analisar as Diretrizes Curriculares para o Serviço Social dentro do debate nacional sobre a formação dos profissionais de saúde.

A pesquisa será conduzida pela pós-graduanda Líria Maria Bettiol, doutoranda em Serviço Social pela PUC SP e orientada pela Dr^a Regina Maria Giffoni Marsiglia.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente documento, eu _____, CPF nº _____ ou RG nº _____, emitido por _____, residente à _____ no município de _____ declaro ceder, sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais da entrevista de caráter documental prestado a pesquisadora Líria Maria Bettiol, na cidade de _____, em _____, num total de _____ minutos gravados.

A pesquisadora fica conseqüentemente autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e científicos, a mencionada entrevista no todo ou em parte, editada ou não, bem como permitir a terceiros o acesso a mesma para fins idênticos, segundo suas normas, desde que haja indicação de fonte e autor.

Ressalva: _____

_____, _____
Local e data

Assinatura da entrevistada