



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: APONTAMENTOS SOBRE A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCE: INSTRUMENTS ON SOCIAL SERVICE INSERTION

Samira de Alkimim Bastos Miranda¹
Sara Veloso Rodrigues²
Gisele Martins dos Santos²
Eliane Silva Gonçalves³

Resumo

A Lei nº 8.080/90 tem como um dos eixos a formação de recursos humanos para a saúde em busca de fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde. Em 2005 a Residência Multiprofissional em Saúde é regulamentada pela portaria interministerial Nº 2.117/05 enquanto uma modalidade de pós-graduação voltada para a formação dos trabalhadores da saúde. Entre as categorias profissionais que compõe as equipes multiprofissionais das Residências observa-se o Serviço Social como profissão consolidada. Nesse sentido, a proposta do estudo é aproximar o debate do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em saúde. Nesse primeiro momento, usou-se como método a pesquisa bibliográfica. Espera-se que o estudo contribua para discussão e consiga dar maior visibilidade do Serviço Social nessa modalidade de formação.

Palavras-chave: SUS; Residências; Serviço Social.

¹ Assistente Social Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Residente em Saúde Mental pelo Hospital Universitário Clemente Farias - HUCF. **Autora para correspondência.** E-mail<samyalkimim@hotmail.com>.

² Assistente Social Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Residente em Saúde Mental pelo Hospital Universitário Clemente Farias - HUCF.

³ Assistente Social, especialista em atenção psicossocial com ênfase em álcool e outras drogas, saúde pública com ênfase em saúde da família. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário Clemente de Faria- HUCF

Abstract

The Law No. 8080/90 has as one of the axes the formation of human resources for health in order to strengthen and consolidate the Unified Health System. In 2005 the Multiprofessional Health Residence is regulated by interministerial ordinance No. 2.117 / 05 while a Postgraduate modality for the training of health workers. Among the professional categories that make up the multiprofessional teams of the Residences Social Work is observed as a profession consolidated. In this sense, the proposal of the study is to bring the debate on Social Work in Multiprofessional Residences in health. In this first moment, bibliographic research was used as method. It is hoped that the study contributes to the discussion and can give greater visibility of Social Service in this type of training.

Keywords: SUS; Residences; Social Service.

INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988-CF/88, o Serviço Social caminha na construção de uma identidade profissional voltada à classe trabalhadora assumindo uma prática com maior enfoque nos direitos dos cidadãos tendo como valor central a liberdade em favor da equidade e da justiça social.

Com os avanços do capitalismo e maiores demandas para a profissão, o Serviço Social ultrapassa o campo da assistência social se inserindo em diversas áreas de atuação, entre elas, a Saúde que consiste em uma das áreas que mais absorve assistentes sociais (BRAVO, 2006).

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo apresentar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde como formadores de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde do Brasil- SUS bem como a inserção do Serviço Social como área profissional integrante da equipe multiprofissional dos programas.

As motivações que levaram a construção deste estudo estão estreitamente vinculadas à vivência como assistentes sociais residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros no período de março de 2015 até março de 2017.

Ao refletir sobre essa proposta para a discussão é preciso considerar como vem se apresentando a Política de Saúde no Brasil, suas contradições, conflitos e os diferentes interesses do Estado em relação à saúde oferecida para a população brasileira.

É nessa conjuntura de radicalização da política macroeconômica, neoliberalismo, desmonte dos direitos sociais que há a redução dos compromissos do Estado com as políticas sociais, em especial a saúde.

Com a Constituição de 1988 a saúde passa a ser direito social de todos e dever do Estado através da criação do Sistema Único de Saúde - SUS. No ano de 1990 é aprovada a Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Traz no Art.24 a formação de recursos humanos para os serviços públicos que integram o SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde regulamentada em 2005 com a Lei nº 11.129 tem sido um caminho para formação de recursos humanos do SUS. É uma modalidade de formação de pós-graduação (*latu sensu*) que se realiza pelo exercício sob a supervisão da prática profissional que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados.

Nesse contexto, destaca-se o Serviço Social, uma profissão inscrita na divisão social do trabalho situada no processo de reprodução das relações sociais, regulamentada pela Lei nº 8662 de 1993. Nas Residências em Saúde há uma inserção consolidada dessa categoria profissional uma vez que a mesma representa uma das maiores categorias em número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, torna-se necessário ampliar a reflexão do papel do Serviço Social nas Residências em Saúde. Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para aprofundar o debate.

A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO

Para Demo (2000) a metodologia de trabalho na pesquisa científica é relevante por possibilitar o desenvolvimento do projeto e nortear as ações do

pesquisador. Sendo assim, para o alcance dos objetivos propostos pela presente pesquisa utiliza-se de métodos e técnicas específicas.

Conforme Minayo (2001), a atitude de pesquisar está intrinsecamente relacionada com o aporte teórico, que, através de sucessivas aproximações com a realidade busca uma combinação particular entre a teoria e os dados coletados.

A pesquisa qualitativa verifica uma relação existente entre o mundo real e o sujeito, ou seja, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Interpretar os fenômenos e atribuir significados são as bases da pesquisa qualitativa. Consiste em uma pesquisa descritiva onde os pesquisadores visam analisar os seus dados indutivamente, sendo o processo e o seu significado os principais focos de abordagem (MINAYO, 2001).

Nessa fase do estudo, foi realizada a pesquisa bibliográfica, que para Gil (2007) é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e de artigos científicos. A pesquisa bibliográfica proporcionou uma proximidade com a temática.

Um caminho para a formação: o SUS e a proposta das residências multiprofissionais em saúde

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, surgido no início da década de 1970 no contexto da luta contra a ditadura, tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2006).

Na década de 1980 a discussão da saúde no Brasil tem seu marco com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta introduziu no cenário o debate da saúde na sociedade que assumiu forte dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento.

A análise da política de saúde no período tem como aspectos centrais: a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Essas mudanças foram realizadas

através de medidas que visaram o SUS, passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (TEXEIRA, 1988 *apud* BRAVO, 2006).

Com a promulgação da CF/88, no que se refere à Saúde, o texto constitucional após vários acordos políticos e pressão popular atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário. O direito à saúde é estabelecido como universal. O SUS ganha a dimensão de uma política de proteção social destinada ao conjunto da sociedade brasileira (CLOSS, 2013).

Desde então, o setor da saúde torna-se um campo de relevantes transformações no que diz respeito à universalização do direito à saúde. No entanto, apesar da Reforma Sanitária ter o vigor na defesa da saúde como um direito de cidadania a mesma é acompanhada pela renovação de forças conservadoras no campo da saúde e de grandes desafios à estruturação plena de um sistema universal (VASCONCELOS, 2012).

Segundo Closs (2013) para que se efetive um modelo assistencial à saúde baseado na indissociabilidade da universidade, a equidade e a integralidade, é preciso fortalecer propostas que tenham como centro o **trabalhador**² e as **práticas em saúde**³ como um campo estratégico para o processo de fortalecimento do SUS. Para a autora é necessário construir estratégias que modifiquem a visão tradicional dos profissionais da saúde como meros “recursos humanos” na execução dos serviços. Deve-se retomar a valorização destes sujeitos no processo de operacionalização do SUS.

Desse modo, para fortalecer o SUS nessa área há a necessidade de um processo de articulação com o campo da educação permanente dos trabalhadores em saúde (principais operadores deste vasto sistema), além da produção de conhecimentos voltada para a inovação assistencial frente às necessidades sociais em saúde (CLOSS, 2013).

Nesse aspecto, o Art. 200 da CF/88 determina que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Entretanto, a articulação entre saúde e

² Grifo nosso.

³ Grifo nosso.

Educação, em especial ao trabalho e ao ensino em saúde é pouco problematizada no âmbito do SUS.

Assim, dentre os desafios para a qualificação desse sistema destaca-se a formação dos recursos humanos. Tal formação deve pautar-se na compreensão de que a saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta como produto a prestação de cuidados em saúde (FNEPAS, 2007 *apud* CLOSS, 2013). A formação desses profissionais faz parte de um projeto coletivo a ser efetivado por todos aqueles que buscam o fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária.

Desde a década de 1970 a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS buscou definir linhas para formulação de propostas de educação contínua para as equipes de saúde. Constituíram-se nos anos de 1980 grupos de trabalho nos países das Américas com o objetivo de desenvolver novas abordagens em face ao problema de capacitação profissional. O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde da OPAS assumiu o papel de dinamizar esses esforços que buscavam viabilizar a transformação das práticas de saúde nos serviços a partir da modificação nas práticas educativas (VIEIRA, 2008).

Os estudos de Vieira (2008) apontam que no período anterior à formulação do SUS a área de recursos humanos na saúde -RHS tinha pequena relevância, aparecendo como questão de menor repercussão no âmbito da saúde nacional. Foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que a complexidade da área de RHS ganhou visibilidade, desencadeando um processo particular de análise de suas temáticas próprias.

Em 1986 foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, quando se definiu uma agenda específica sobre o tema a partir de análises dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Entre essas questões destacaram-se: a falta de incentivos para a qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores, as desfavoráveis condições de trabalho e a ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários no sentido de favorecer a implantação do SUS (VIEIRA, 2008).

Conforme define a Lei Orgânica da Saúde, o ordenamento da formação de recursos humanos prevê a organização de um sistema educativo em todos os níveis de ensino englobando a formação técnica, a graduada, a pós-graduada e a permanente, além da especialização em serviço e a área da pesquisa (CLOSS, 2013). Neste horizonte acredita-se que a qualificação do SUS, entre outros aspectos, implica um processo amplo de mudanças no trabalho em saúde, o que exige estratégias de qualificação e valorização. Assim, destaca-se a importância da adoção e ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde dentre as quais se situa a Residência Multiprofissional em Saúde- RMS como uma modalidade de formação que comporta possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS.

A RMS trata-se de uma modalidade de formação pós-graduada, *lato sensu*, realizada em serviços do SUS com supervisão técnico-profissional sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço com a carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos. A formação ocorre através da incorporação do eixo ensino-serviço-comunidade e da inter-relação entre os núcleos de saberes/práticas das profissões envolvidas na formação com o campo da Saúde Coletiva, ou seja, o profissional cumpre uma carga horária de prática nos serviços de saúde mantendo simultaneamente a aproximação com o espaço acadêmico. Foca-se no ensino a partir das vivências e experiências nos campos.

Os programas de Residência orientam-se para o atendimento ampliado às necessidades de saúde, consistem em uma mudança de concepção educacional na área (BELLINE e VARGAS, 2012). Vale demarcar que desde a década de 1980 existem programas de RMS, porém, o seu estatuto como política pública é recente, o que aponta para a importância de ampliar o debate sobre essa formação tendo em vista consolidá-la e qualificá-la.

O Ministério da Saúde em 2004 no documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, afirmou a relevância de serem criados e ampliados programas de Residências integradas assim como a redistribuição ou ampliação das bolsas de Residência entre as áreas, profissões e especialidades importantes para qualificar o SUS (BRASIL, 2004).

Entretanto, só em 2005 que se asseveram os esforços para a regulamentação das RMS. Tem-se a Lei nº 11.129⁴ de 30 de junho de 2005 que cria a Residência Multiprofissional em Área da Saúde, e a sua regulamentação pela Portaria Interministerial nº 2.117 de 03 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Vários debates sobre essa formação ocorreram no período de 2005 a 2007. O que culminou na articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118 de 2005 que instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação (BRASIL, 2005).

Em 2007 cria-se a Portaria nº 45 de doze de janeiro que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e designa a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde-CNRMS (BRASIL, 2007). Em 2009, tem-se a criação da Portaria nº 1.077/2009 que funda o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009).

Ao estabelecer o financiamento regular para os programas de RMS e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política busca-se “garantir tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico assistencial do SUS” (BRASIL, 2006, p.11).

Uma das principais características das Residências para a melhoria da assistência nos serviços é a lógica da interdisciplinaridade, evidenciada principalmente por meio da inclusão das catorze categorias profissionais da saúde: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998).

⁴ A Residência Multiprofissional em Saúde é regulamentada pela Lei nº 11.129 e orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

A proposta de operar a formação 'inter-categorias' tem como foco à formação coletiva inserida em um mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006). Dessa forma, na RMS há atividades e experiências a que todas as profissões envolvidas devem estar expostas assim como há outras que são específicas para cada uma delas, ou seja, deve haver uma interação entre o campo (espaço da prática) e o núcleo (espaço do conhecimento específico da categoria profissional) (RAMOS *et al*, 2006).

Conforme exposto, há um arcabouço teórico que aponta as diretrizes dos programas. Estes apresentam uma grande variedade de desenhos metodológicos. A ausência de interação e discussão entre os programas de RMS contribuiu para esta heterogeneidade, que às vezes descaracteriza o propósito desta modalidade de formação. Ramos *et al* (2006) apontam que há exemplos extremos de RMS no Brasil onde em alguns casos a existência de um programa é compreendida, por exemplo, como facilidade de disponibilizar mão de obra barata para os serviços da rede de saúde.

Apesar de ser considerada uma importante estratégia de formação de recursos humanos para o SUS, a RSM tem sido questionada em alguns aspectos. Um destes é a questão da certificação que os profissionais que passam pelos programas recebem. Os mesmos recebem o certificado de curso de especialização. No entanto, a carga horária cumprida bem como o custo da modalidade da Residência são bem maiores que os investimentos em outros níveis de especialidades. Essa temática foi debatida no Fórum Nacional de Residentes ocorrido em 2016 no VI Encontro Nacional de Residências em Saúde- ENRS. A carta final que descreveu os resultados das discussões apontou que dado que os Programas de Residência têm a maior carga horária dentre as pós-graduações e grande arsenal de prática profissional, sua certificação deve ter maior valor nas seleções de concursos públicos quando comparada com as demais modalidades (*strictu e lato sensu*).

Além disso, não se pode perder de vista que o SUS tem passado por um processo de sucateamento. Toda a precarização do trabalho vivenciado nos serviços públicos de saúde dificultam o trabalho desenvolvido pelos residentes dos

programas. Assim, problemas para a consolidação dos programas são amplos (ausência ou desqualificação das preceptorias, por exemplo). Por outro lado, há experiências muito importantes pelo país onde a RMS é tida como estratégia para consolidação do SUS para além da formação de profissionais residentes, agindo como dispositivo capaz de promover a práxis nos serviços envolvidos proporcionando uma nova forma do fazer profissional que articula a rede de saúde bem como outras políticas necessárias (RAMOS *et al*, 2006).

O serviço social e o programa de residência multiprofissional na saúde: uma reflexão necessária

Dentre as profissões consideradas da área da saúde envolvidas nos programas de RMS destaca-se uma inserção significativa dos assistentes sociais uma vez que tem ocorrido o aumento do número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde à categoria profissional. Apesar disso, ainda há a insuficiência de dados sistematizados sobre a inserção da profissão nessa modalidade de formação (CLOSS, 2012).

Conforme já apontado, na RMS os profissionais vivenciam a prática inseridos nos campos de trabalho do SUS. Há uma significativa inserção dos assistentes sociais em vários programas de Residência em todo o Brasil, sendo os assistentes sociais: residentes, preceptores e tutores.

A potencialidade da Residência consiste em sintonizar o trabalho e a formação, em situar as necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos profissionais além de constituir-se numa formação pautada pelo trabalho em equipes.

A atuação do Serviço Social na saúde tem ganhado destaque nos estudos da categoria haja vista que o setor da saúde tem sido um dos campos que mais emprega os assistentes sociais (BRAVO,2006). Considerando a ampla atuação profissional nesse campo, em 2010 o Conselho Federal do Serviço Social- CFESS publicou o documento “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”, tal documento aponta as ações a serem desenvolvidas pelo profissional na saúde e demarca que a categoria deve “participar ativamente dos programas de Residência,

desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular” (CFESS, 2010, p. 35).

Uma das principais contribuições da RMS para a formação do Serviço Social diz respeito à interdisciplinaridade. Esta é colocada como o princípio basilar nesta modalidade de formação e caracteriza-se pelas trocas entre os núcleos profissionais na construção de interfaces de saberes e práticas no intuito de criar respostas aos desafios do trabalho em equipe. Nesse aspecto:

O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade parte da perspectiva de que cada trabalho de qualidade particular se insere em um processo de trabalho coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes que os conformam visa ampliar a resolutividade das ações em saúde desenvolvidas. Para tanto, os trabalhadores precisam conhecer a particularidade de cada trabalho, reconhecendo o seu valor de uso em cada situação demandada pela população (CLOSS, 2012, p.41).

Vale demarcar que o fortalecimento do trabalho coletivo sob a lógica da interdisciplinaridade não elimina a qualificação e a particularidade do trabalho de cada profissão. Desse modo, é preciso fortalecer os campos de saberes teórico-práticos e as competências específicas da prática profissional do Serviço Social.

Observa-se que a formação em RMS é relevante para potencializar a construção de saberes compartilhados. De acordo com Closs (2012) isto não sugere a diluição da particularidade de cada categoria de trabalho - até porque isso também provocaria a perda de qualidade da atenção em saúde- mas sim na obtenção de novas competências construídas em conjunto, ou seja, a formação da RMS inclui tanto a qualificação de cada trabalho particular quanto a qualificação do trabalho coletivo em saúde.

Nesse sentido, essa modalidade de formação busca o rompimento com a perspectiva de fragmentação entre as profissões visando a imprescindível complementaridade entre as práticas e os saberes diversos. Por isso, os programas de RMS têm-se estabelecido como potencializadores da transformação do padrão assistencial.

Para Closs (2012), a RMS por se inserir inteiramente nos serviços e ser realizada com o foco de ensino no trabalho em saúde torna-se uma estratégia de

Educação Permanente em Saúde uma vez que estimula a análise crítica dos processos de trabalho corroborando para as mudanças no modo de fazer a atenção em saúde das equipes multiprofissionais.

O significativo número de assistentes sociais que vem se inserido nessa modalidade de formação chamou a atenção da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social/ABEPSS, o que levou a gestão de 2011-2012 (que teve como prioridade o debate em torno da formação em saúde) a realizar um mapeamento sobre o Serviço Social inserido nos programas de RSM. O mapeamento foi realizado com vinte e quatro programas inseridos nas regiões leste, centro-oeste e sul, e analisou, sobretudo as questões sobre o projeto pedagógico; à organização prática e teórica dos programas e apresentou os limites e possibilidades para a formação continuada em saúde (CASTRO, 2013).

Percebeu-se que ainda existem dificuldades no que tange a relação multiprofissional e interdisciplinar:

Há diferenças na compreensão acerca do que é a Residência, do papel dos residentes nos serviços e dos pressupostos da formação em saúde; resistência dos defensores do modelo médico hegemônico em realizar atividades multiprofissionais; e dificuldades em articular o campo específico com o comum, sem que haja a supremacia de uma profissão sobre a outra (CASTRO, 2013, p.164).

Constatou-se que os estados que apresentam maior oferta de vagas para a categoria são o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul e que há uma diversidade nas áreas de concentração em que o Serviço Social está inscrito, mas a maior inserção da profissão é nos programas com foco na Saúde da Criança e do Adolescente seguidos por Saúde do Adulto e Saúde Mental (CASTRO, 2013). Closs (2013) também aponta que um dos campos de Residência que mais tem absorvido assistentes sociais tem sido a atenção básica de saúde.

No que diz respeito a carga horária cumprida verificou-se que, de uma forma geral, a mesma é distribuída conforme as determinações do CNRMS. Todavia, é perceptível em relatos o destaque às atividades assistenciais e à realização de atividades que não afiançam o tripé ensino, pesquisa e extensão (CASTRO, 2013). Destacou-se a necessidade de discutir a carga horária de 60 horas tendo em vista que a categoria defende a jornada de 30 horas semanais para os assistentes sociais

(e todos trabalhadores) e a legislação trabalhista coloca que a jornada deve ser, no máximo, de 44 horas semanais de trabalho.

Sobre este assunto, no VI Encontro Nacional de Residências em Saúde-ENRS ocorrido em Curitiba em julho de 2016 onde reuniu residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programas de residências de todo o Brasil bem como representantes da CNRMS, uma das pautas do encontro foi a questão da carga horária de sessenta (60) horas semanais. O Fórum Nacional de Residentes em Saúde, ocorrido neste evento, defendeu o posicionamento da necessidade de discussão sobre a redução da carga horária de 60 horas para quarenta e quatro (44) horas semanais. No entanto, o Fórum Nacional de Coordenadores defendeu que sejam mantidas as sessenta (60) horas semanais com a condição de cumprir a distribuição das atividades teóricas (20%), práticas e teórico-práticas (80%).

Outro ponto a ser observado é no que se refere à articulação direta entre a instituição formadora e os serviços no planejamento/efetivação/avaliação das atividades teóricas/teórico-práticas/práticas, essencial para o desenvolvimento dos programas. Nesse aspecto notou-se que há várias dificuldades a serem enfrentadas, por exemplo, a não designação de carga horária para tutores e preceptores participarem de espaços de planejamento, o número reduzido de profissionais nos cenários de prática que inviabiliza muitas vezes a saída dos profissionais para os encontros que envolvem a participação do Serviço Social nos programas (CASTRO, 2013).

Em relação à formação na graduação, apontou-se que as disciplinas oferecidas sobre a saúde não são suficientes para subsidiar as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa de forma a possibilitar a compreensão e a intervenção sobre as expressões da questão social vivenciadas pela sociedade no campo da saúde. Sendo que a maior lacuna expressada está no âmbito da dimensão técnico-operativa (CASTRO, 2013). Desse modo, é comum que muitos assistentes sociais chegam à RMS com pouco entendimento acerca do SUS e da Reforma Sanitária.

Castro (2013) considera ser necessário o aprimoramento do processo político-pedagógico de aprendizagem na graduação e a construção de um saber sobre a saúde que problematize as políticas no cenário nacional e local. Segundo a

autora é mister ofertar disciplinas voltadas para a intervenção profissional que deem possibilidades aos graduandos de “vivenciarem” o tripé ensino/pesquisa/ extensão na saúde.

Ademais, foi problematizado que no espaço acadêmico a interdisciplinaridade não se concretiza no cotidiano docente e das disciplinas ministradas, o que repercute de maneira expressiva no modo em que o residente assistente social irá se inserir nas equipes multiprofissionais. O mapeamento mostrou que há um descompasso entre a formação e o enfoque na graduação e na pós-graduação (Residência) em termos de proposta de atuação (disciplinar X multidisciplinar X interdisciplinar) (CASTRO, 2013).

Simultaneamente, deve-se lembrar que o cenário de expansão dos Programas RMS se desenvolve no mesmo cenário de ataque ao SUS, de precarização dos serviços e das condições de trabalho. O contexto de sucateamento da saúde pública traz dificuldades/desafios tanto para a garantia de uma formação de qualidade como no desenvolvimento das atividades do Serviço Social.

Diante do enfrentamento à política de contra reformas do Estado que contribui para o desmonte e desconstrução dos direitos sociais, a afirmação de um projeto profissional e político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é de extrema importância para a formação dos profissionais e para o fortalecimento do SUS, levando em consideração os dilemas entre causalidade e teleologia (IAMAMOTO, 2008).

A política de saúde passa por várias transformações no Brasil. Tem como desafio ampliar a rede de serviço e acesso, bem como ampliar o escopo das práticas em saúde, demandando trabalhadores comprometidos ética e politicamente com a consolidação desta política.

Vale ressaltar que as mudanças nessa política bem como o trabalho em saúde busca empreender respostas ao campo das necessidades sociais em saúde, ao modelo assistencial revisto no SUS. A RMS é um campo estratégico para a efetivação de mudanças no trabalho em saúde, diretamente relacionado com o ensino superior.

Considerarmos que as contribuições realizadas por Marx (1989; 2004a; 2004b) em relação à categoria trabalho são extremamente relevantes para

esta discussão. No que tange à dimensão concreta do trabalho, é fundamental relacioná-la com os produtos e valor de uso, ou seja, de que forma estes impactam a atenção em saúde e o que representam de vista do trabalhador dessa área (CLOSS, 2013, p.38).

A dimensão ontológica do trabalho (LUKÁCS,1979) também oferece aportes para a discussão dos processos educativos a partir do mundo do trabalho. Tal dimensão demarca o significado do trabalho como atividade humana constituinte do ser social, ou seja, o trabalho converte-se em processo de transformação/produção dos sujeitos. Nessa conjuntura ganha destaque o processo de educação permanente do trabalhador e a formação pelo próprio trabalho, o que “implica apreender e fortalecer o trabalho em saúde na sua dimensão criativa, valorizando o potencial educativo que dele emerge para a qualificação do atendimento às necessidades em saúde” (CLOSS, 2013, p.39).

Além disso é preciso fazer uma análise institucional e se atentar aos ataques que SUS tem sofrido cotidianamente. Nesse sentido, o assistente social seguindo a direção do seu projeto ético político e dos princípios do projeto da Reforma Sanitária necessita participar de lutas, resistências e propostas no âmbito da política pública de saúde (BRAVO, 2006).

Nesse contexto, o Serviço Social, através da sua atuação na área da saúde traz para esse contexto as suas particularidades e o compromisso com o seu projeto ético-político. No cotidiano profissional vários desafios são postos para o assistente social que devem ser considerados para a busca de possíveis direcionamentos baseados no projeto profissional e na defesa do SUS idealizado pelo movimento sanitário. Conforme Castro (2013):

Temas como a concepção de saúde e doença, o processo saúde-doença e suas determinações, a constituição de redes de assistência, o corte neoliberal nas atuais políticas sociais (privatização, subfinanciamento, propostas gerenciais de mercado para as unidades de saúde pública etc.) são colocados como expressões do debate da Reforma Sanitária no âmbito da formação do Serviço Social (CASTRO, 2013, p.161).

Além desses apontamentos, recentemente, em setembro 2016 foi realizado pelo CFESS um Seminário Nacional sobre Residências e Serviço Social em Olinda-PE. O seminário chamou a atenção para a Residência como fortalecedora da formação, e que deve se atentar para que o serviço e as atividades práticas em

geral não se sobreponham à formação. Vasconcelos, participante do Seminário, declarou que a Residência não é espaço de trabalho, mas de formação, para autora, muitas vezes os residentes são colocados como substituição de mão-de-obra. Assim, observa-se que há o entendimento da RMS como potencializadora da formação do assistente social, mas que há muitos desafios a serem superados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O INÍCIO DA ESTAÇÃO

A modalidade de formação em RMS possibilita a qualificação do trabalho profissional tanto para o SUS como para outros espaços ocupacionais uma vez que oferece o compartilhamento de saberes através do trabalho interdisciplinar. É preciso se atentar para a questão da particularidade profissional haja vista que para compartilhar o seu saber o Serviço Social deve ter clareza de suas dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas.

É preciso dar maior visibilidade à saúde na graduação, qualificar e ampliar as experiências no âmbito do SUS seja através dos campos de estágios, atividades de extensão e pesquisa.

Nesse sentido, é possível considerar a Residência Multiprofissional em Saúde como um caminho de possibilidades para uma formação especializada nesse campo de atuação. Além disso, essa modalidade de ensino para colabora com o fortalecimento do Serviço Social como profissão essencial para o funcionamento e consolidação do SUS.

Com cautela é aceitável dizer que há um “silenciamento” que denota a necessidade de discutir a relevância do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde. Ideias que acabam reproduzindo posições e comportamentos de manutenção de inferiorização do Serviço Social frente outros profissionais no campo da saúde.

Diante do exposto, é relevante que os assistentes sociais se apropriem deste debate e busquem a partir de reflexões teórico-práticas contribuir para o avanço e, assim, possam presenciar a efetivação das suas ações na área da saúde.

Aos assistentes sociais que fazem parte das equipes multiprofissionais das Residências em saúde é importante que divulguem através de revistas, eventos científicos, trabalhos, relatos de experiência, reflexões teóricas sobre esse campo de atuação, essa é também uma maneira dar maior visibilidade a profissão na área da saúde e nas residências, valorizando especializando e ampliando o seu espaço para o reconhecimento.

Contudo, é relevante que seja feita um novo mapeamento da realidade do Serviço Social nos programas de residência, o último realizado pela ABEPSS traz questões importantes, no entanto o número de programas de RMS que inclui o Serviço Social tem aumentando a cada ano. É imprescindível o levantamento de novos dados para analisar a atual conjuntura das residências e o Serviço Social.

Faz-se necessário um entrelaçamento entre os valores do projeto profissional e do projeto da Reforma Sanitária para a atuação profissional, para que esta se pautar na luta por garantia de direitos e pela ampliação do SUS. Começa aqui um longo caminho a ser percorrido, pois, é preciso aproveitar dessa estação para semear, florescer e crescer frente ao debate apresentado.

REFERÊNCIAS

BELLINI, Maria Isabel Barros; VARGAS, Tatiane Moreira de. Serviço Social e Educação na Saúde *IN* **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social**. org. Maria Isabel Barros Bellini, Thaísa Teixeira Closs. Porto Alegre : EdiPUCRS, 2012. 191 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

_____. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de Outubro de 1998. Dispõe as quatorze profissões da área da saúde. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm> Acesso em Janeiro de 2017.*

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível

em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm > Acesso em Janeiro de 2017.

_____. **Lei nº 8.662, de sete de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** Brasília, 2004. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf > acesso em Janeiro de 2017.

_____. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005.** Institui a Residência Multiprofissional em Área da Saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/247-programas-e-acoes-1921564125/residencia-medica-2137156164/12500-legislacao-especifica> > Acesso em Janeiro de 2017.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf> > Acesso em Janeiro de 2017.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Disponível em:< http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf > Acesso em Janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília(DF), 2006.

_____. **Portaria nº 45 de doze de janeiro de 2007.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional. Disponível em :< http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf > Acesso em Janeiro de 2017.

_____. **Portaria nº 1.077 de 12 de novembro de 2009.** Institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde :<

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192 > Acesso em Janeiro de 2017.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da **Saúde**, 2006.

CASTRO, Marina Monteiro De Castro E. Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: Resultados Iniciais do Mapeamento da ABEPSS. *Revista Temporalis*. Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309> > Acesso em Janeiro de 2017.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em:<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)> Acesso em Janeiro de 2017.

CFESS. **Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social**. Olinda – Pernambuco, 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1288>> Acesso em Janeiro de 2017.

CLOSS, Thaísa Teixeira. Inserção do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Atenção Básica: Formação em Equipe e Integralidade IN **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social**. org. Maria Isabel Barros Bellini, Thaísa Teixeira Closs. Porto Alegre(RS). EdiPUCRS, 2012. 191 p.

CLOSS, Thaísa Teixeira. **O Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para a integridade?** 1. ed. Curitiba: Appris, 2013.

VI Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS). **Carta Aberta das/dos Residentes**, Curitiba-PR, 2016. Disponível em :< <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/Carta%20do%20segmento%20dos%20Residentes%20do%20VI%20ENRS%20Curitiba%202016.pdf> > Acesso em Janeiro de 2017.

DEMO, P. **A metodologia do conhecimento científico**. São Paulo, Atlas , 2000.

VI Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS). **Carta do Fórum Nacional de Coordenadores**, Curitiba-PR, 2016. Disponível em:<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/2016%20Carta_Coordenadores_final.pdf > Acesso em Janeiro de 2017

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ed. São Paulo. Atlas. 2007

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14. ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

LUKÁCS, George. Ontologia do Ser Social: **Os Princípios Ontológicos Fundamentais de Marx**. São Paulo, LECH, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

RAMOS, Alexandre de Souza et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais in BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**– Brasília, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social**. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), 2008. Disponível em :< <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html#monvie> > Acesso em Janeiro de 2017.