



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O SERVIÇO SOCIAL

MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCE: CHALLENGES AND POSSIBILITIES FOR SOCIAL SERVICE

Luciana da Conceição e Silva¹
Marcia Regina Botão Gomes²

Resumo

Este artigo discutirá as contradições que envolvem o programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que no discurso oficial propõe mudanças na formação e no modelo de atenção à saúde visando fortalecer o SUS, entretanto, se insere em uma conjuntura de precarização do trabalho e da política de saúde. Compreende-se a inserção do Serviço Social na RMS como categoria importante pelo potencial de fortalecimento da perspectiva Reforma Sanitária e do seu projeto Ético Político profissional, considerando sua relativa autonomia e a realidade de contrarreformas. Destacaremos as principais tendências e desafios através do regate histórico -documental da RMS e da pesquisa qualitativa desenvolvida com profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Problematizaremos os dilemas da formação e do trabalho vivenciado pela RMS e sua estratégia de expansão no país e pontuaremos seus desafios e possibilidades, principalmente ao Serviço Social.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional, Saúde, Projeto ético-político; Serviço Social.

Abstract

This article will discuss the contradictions that surround the Multiprofessional Health Residency (RMS) program within the Unified Health System (SUS), which in the official discourse proposes changes in the training and health care model aimed at strengthening the SUS, however, inserts in a conjuncture of precarious work and health policy. It is understood the inclusion of Social Service in the RMS as an important category for the potential of strengthening the planned Sanitary Reform

¹ Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

and its Professional Political Ethical project, considering its relative autonomy and counterreform reality. We will highlight the main trends and challenges through the historical-documentary dodge of RMS and the qualitative research developed with professionals of a Multiprofessional Residency Program of the Federal University of Rio de Janeiro. We will problematize the dilemmas of the formation and work experienced by RMS and its strategy of expansion in the country and we will highlight its challenges and possibilities, mainly Social Work.

Keywords: Multiprofessional Residence, Health, Ethical-political Project; Social Work.

INTRODUÇÃO

Neste artigo objetiva-se discutir os dilemas da implementação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção do Serviço Social nesse programa entendida como uma categoria importante para consolidação das RMS.

O contexto de implementação da proposta desta modalidade de formação se esbarra com a realidade avessa ao SUS e ao trabalho na saúde. Considera-se que a RMS possuiu possibilidades de fortalecer uma formação voltada as necessidades do SUS na perspectiva da Reforma Sanitária², mas esse potencial tem sido tencionado pela realidade de precarizações do SUS articulado ao projeto de mercado que defende a privatização da política de saúde. Dentre os sujeitos que constituem a RMS, os assistentes sociais se destacam por possuírem potencial crítico advindo, sobretudo, dos referenciais teóricos e metodológicos da tradição marxista, embora não sejam exclusivos.

A exposição deste artigo foi organizada da seguinte forma: 1) No primeiro tópico será apresentada uma breve síntese sobre a mundialização do capital e incidência nas políticas sociais, especialmente nas políticas de saúde pública; 2) O programa de RMS, concepção e história; 3) O Assistente Social na RMS, Projeto

² O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM,2008)

ético-político do Serviço Social, formação e trabalho profissional. 4) Por fim, serão apresentadas algumas considerações acerca do tema em questão. Na exposição do artigo mostraremos os resultados parciais das pesquisas que realizadas frutos da dissertação de Mestrado defendida em 2017 e do Trabalho de Conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde apresentada em 2015.

2- MUNDILIZAÇÃO DO CAPITAL E CONSEQÜÊNCIAS NA CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: ATUAS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE.

Ao tratarmos da mundialização do capital, estamos nos referindo a uma "*nova configuração do capitalismo mundial e nos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação.*" (CHESNAIS, 1996, p.13). As grandes empresas, corporações e conglomerados transnacionais traçam políticas de produção, comercialização e conquista de mercado, planejam e controlam estratégias de acumulação, induzindo as decisões governamentais dos países, regiões e do mundo, a fim de que ajam conforme os seus interesses. Essa dinâmica do capital tem levado a um declínio da autonomia do Estado-nação, visto que a sua soberania é reduzida, pois diretrizes e decisões importantes passam a ser compartilhadas com os centros de poder mundiais.

A contrarreforma do estado, então, tem sido orientada pelo neoliberalismo, cujos princípios básicos são essencialmente: o individualismo exacerbado, o Estado mínimo no aspecto social e forte na economia e a desregulação do mercado (DRAIBE 1993).

Concordamos com Fagnani (2011), que a política social no Brasil insere numa longa fase de tensões entre paradigmas, presentes desde 1990. O Estado Mínimo, hegemônico na agenda das instituições de fomento internacional, não era compatível alguns princípios da Constituição de 1988 tais como: seguro social versus seguridade social; focalização versus universalização; assistencialismo versus direitos; privatização versus serviço público; desregulamentação e contratação flexível versus direitos trabalhistas e sindicais.

Os rebatimentos da contrarreforma do estado são visíveis na política de saúde que mesmo sendo constitucionalmente uma política pública e universal (tem convivido com ataques por parte do Estado neoliberal contra seu potencial democratizante. Dentre eles, ações de privatização internas, que utilizam as estruturas públicas para a utilização de organizações ditas sem fins lucrativos para a instalação de gestão privada. Essas medidas afetam os modos de contratação dos profissionais, seus planos de cargos e salários, estabilidade, dentre outros aspectos.

Em síntese, destaca-se a evidência e persistência de diversos problemas na atual conjuntura que incidem na qualidade do SUS rebatendo no financiamento, organização, infraestrutura, gestão, clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiência no suprimento de insumos (PAIM, 2008).

As ações de cunho neoliberal têm seguido dentre outros organismos multilaterais, orientações do Banco Mundial. Seus propósitos giram fundamentalmente em torno da racionalização dos gastos públicos, da focalização dos serviços prestados e da parceria público-privado, via convênios e contratos de gestão, colocando em questão o direito público, gratuito e universal à saúde.

A justificativa de tais medidas, de acordo com o Banco Mundial, encontra-se na necessidade de priorizar o atendimento à população mais pobre e vulnerabilizada, ressignificando o princípio da equidade sob um enfoque distinto do marco legal original do SUS, retirando dele as mediações com a universalidade e a igualdade de acesso (RIZZOTO, 2016). O que faz desta política importante, algo residual.

Segundo Mendes (2013), os dados de 2013 da Organização Mundial da Saúde sobre financiamento dos sistemas de saúde mostram que no Brasil, o gasto público como percentual do gasto total em saúde é de, apenas, 47%, inferior aos 53% que constituem o percentual de gastos privados em saúde via incentivos fiscais, através de desconto no imposto de renda de despesas com saúde e isenção de impostos de serviços classificados como filantrópicos. Esses dados demonstram que a saúde pública não carece de recursos, mas sim de uma política voltado aos interesses coletivos.

Essas questões influenciam na saúde dos trabalhadores atendidos pelo sistema, nas condições de trabalho e renda dos profissionais contratados pelas unidades de saúde, na formação profissional e na qualidade dos serviços prestados. Os programas de RMS não estão alheios a esses processos, tampouco o trabalho dos assistentes sociais residentes, preceptores e docentes³.

3- RESIDÊNCIA EM SAÚDE: AFINAL, DO QUE SE TRATA? HISTÓRICO E DEBATES

Segundo a Resolução CNRMS nº 02, 13 de abril de 2012, caracteriza-se como RMS o programa que for constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde., excetuada médica. A Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde lista quatorze profissões consideradas da saúde. Dentre elas está o Serviço Social. A RMS é uma pós-graduação *lato sensu* (especialização), com o objetivo de favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.⁴

Em um estudo de Aguiar (2008) evidenciou que a fratura que ocorre entre o exercício profissional e as possibilidades de prática crítica existente na realidade, relaciona-se anteriormente com o ensino das profissões de saúde, já que em suas

³ De acordo com a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, o **tutor** é o profissional com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos. Sua função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. Os **docentes** são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico do Curso. **Preceptor** é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes. O **Residente Multiprofissional em Saúde** são profissionais formados em áreas de saúde não médicas que se inseridos nos programas de residência como discentes do curso.

⁴ A Residência Multiprofissional em Saúde tem duração de 02 (dois) anos, com carga horária de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, distribuídas em atividades teóricas/práticas, sob a forma de treinamento em serviço, que devem ser desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob a forma de atividades teóricas ou teórico-práticas, contando com a supervisão de um preceptor (profissional de serviço) e um tutor (docente de instituição de ensino superior). Os residentes recebem atualmente uma bolsa, financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, no valor de R\$ 3.330,43. Entretanto, devem ter dedicação exclusiva, não podendo desenvolver outras atividades profissionais no período de realização do curso. A forma de ingresso é através da aprovação em concurso público realizado por instituições de ensino superior que oferecem essa modalidade de especialização *lato sensu*.

diretrizes curriculares, há um esvaziamento de conteúdos essenciais para um projeto de profissão no debate sobre políticas públicas de saúde.

A formação dos profissionais de saúde era alheia ao debate crítico sobre os sistemas de organização. As instâncias do SUS deveriam cumprir papel indutor da mudança tanto do trabalho quanto da formação profissional. Questionando essa realidade, alguns pesquisadores propunham o trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras que não podem existir sem a regulação pública e direção política do SUS. Desse modo, a educação em serviço passa a constituir uma proposta (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse cenário, uma das políticas desenvolvidas pela então Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) é a de fomento das Residências Multiprofissionais em Saúde com o objetivo de ser uma pós-graduação para formar profissionais em campos de atuação estratégicos para SUS e em regiões prioritárias do país. Nessa mesma linha, os cursos de especialização e RMS foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer aos recém-egressos, uma formação mais voltada às necessidades dos usuários do SUS.

O processo de aprendizado na RMS caracterizado pela formação por meio do trabalho nos serviços ocorre dentro de um contexto complexo de interações e relações entre preceptores, residentes, coordenadores, tutores e demais profissionais de diferentes áreas do conhecimento, usuários dos serviços e instituições.

Assim, o Departamento de Gestão da Educação, em 2003, começa a desenvolver suas ações pautadas na “*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*”, aprovada pelo CNS, em 2003 (BRASIL, 2009).

Este contexto possibilitou a viabilização da Comissão de RMS, a qual propiciou a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM). Diante disso, é instituída a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que estabelece à criação da Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica. Porém, é a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 que institui a RMS (BRASIL,

2006) estimulando vários grupos a se articularem, em diversas regiões do país, para a construção de novos programas de RMS (BRASIL, 2006).

Em seus princípios norteadores, a RMS propõe educação permanente em saúde como eixo pedagógico estruturante dos programas, considerando ser um potencial para promover mudança dos modelos de gestão e atenção do SUS (BRASIL, 2006).

O objetivo central da RMS consiste na qualificação dos serviços do SUS numa perspectiva de saúde pública universal, contudo, diante do contexto adverso, onde o Estado brasileiro passa assumir diretrizes neoliberais antes mesmo de atingir um patamar de universalidade qualificada desta política nos levou a elaborar uma questão: o programa de RMS tem sido instrumento de qualificação profissional para atender as necessidades dos princípios do SUS como uma política pública universal de qualidade, na medida em que articula ensino-trabalho, ou tem sido apropriada pelos interesses neoliberais de redução de custo com profissionais concursados utilizando o recurso dos contratos precarizados sem direitos e com altos níveis de exploração? No segundo caso, atendendo ao projeto privatista de saúde.

A especialização pelo trabalho, segundo as orientações contidas na RMS, pode contribuir para a inovação das práticas em saúde e tem como componente essencial o encontro entre as profissões, oportunidade rara nas graduações, habitualmente pensadas por categorias profissionais separadamente. Feuerwerker (2009) enfatiza a importância de que a RMS esteja legalmente garantida e normatizada, para que a formação não seja, em algum momento, capturada por interesses outros que não sejam coletivos e públicos para o atendimento dos usuários do SUS na perspectiva da Reforma Sanitária.

Do conjunto de proposições da RMS destaca-se: formação em serviço, supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), supervisão acadêmica (tutoria), regime de dedicação exclusiva, cenários de formação e práticas em serviços da rede de atenção à saúde nos três níveis de complexidade.

Hoje, as RMS encontram-se atreladas ao um contexto de grandes disputas, lutas políticas e sociais, exigindo dos sujeitos envolvidos uma posição de

protagonistas deste processo, assim como em outras ações da política de saúde pública no Brasil (LOBATO, 2010).

A análise da proposta da RMS de estruturação e mudança do trabalho em saúde através do investimento nessa modalidade de ensino, não pode se limitar ao discurso oficial. É necessário considerar os rumos que esses processos de formação e qualificação profissional vêm adquirindo.

Nos últimos anos identificamos a expansão de vagas para especializações através do trabalho com carga horária elevada, ausente de direito com remuneração na modalidade de bolsa abaixo do piso salarial de um profissional de saúde se for considerada a carga horária. Aspecto que será desenvolvido mais adiante.

Foi identificado em pesquisa de mestrado, que a RMS como estratégia de formação pelo trabalho, por um lado contribui de fato com a formação e com o trabalho profissional dos assistentes sociais na área de saúde, por outro tem sido apropriada pelos governos para a redução de gastos com formas de contrato aviltante, temporário e precário para os residentes. Desse modo exclui do trabalhador residente o direito a férias e licença remunerada além do 13º salário, FGTS, adicional de insalubridade e estabilidade. Os bolsistas para adquirirem algum respaldo previdenciário necessitam pagar o INSS como contribuinte individual, sem que haja participação patronal (Silva, 2017).

Em síntese, a RMS tem sido utilizada também como forma de flexibilização do trabalho e dos direitos sociais na saúde, pode fortalecer a lógica do mercado nas políticas de saúde, apesar dos esforços do movimento sanitário para uma formação em saúde articulada aos princípios do SUS.

A influência do projeto neoliberal pode ser identificada tanto na substituição de profissionais estáveis e vinculados aos serviços por força de trabalho mais barata, temporária e precarizada, quanto na tentativa de “interiorizar” e expandir ações de saúde no país sob a lógica de inserção de residentes em áreas com a atenção mal estruturada sem garantias de articulação de espaços e profissionais formadores para tutoria, supervisão e docência o que compromete, além da qualidade da expansão desses serviços, a própria formação.

A essência da RMS encontra-se no processo educacional e de trabalho de modo articulado. Segundo Elias (1987), o estudo das concepções básicas em relação à Residência permitiu identificar duas correntes analíticas: 1) “pedagógica” e 2) “trabalhista”, ambas apresentam alguns elementos comuns, apesar disso a RMS não se resume a uma dessas dimensões. Na realidade, consiste na interação dessas duas dimensões no cotidiano institucional. Lima (2010) compartilha dessa análise entendendo que não há uma dicotomia necessária entre estudo e trabalho na residência. “*Pode-se, sim, pensar que o residente, mesmo sendo pós-graduando, exerce atividades laborais e, portanto, pode ter garantidos direitos trabalhistas*” (p. 191).

Na política de saúde e no trabalho no SUS, observa-se a dificuldade dos profissionais, inseridos como formadores, adotarem a perspectiva de saúde a partir de uma perspectiva crítica presente na proposta da Reforma Sanitária e organizar o serviço no modelo multiprofissional e de participação social como pressupõe os princípios do SUS. Essa realidade nos faz indagar como seria para estes profissionais já formados e inseridos num modelo hospitalocêntrico e fragmentado serem responsáveis pela formação de novos profissionais? Como modificar essa lógica se os profissionais de saúde tendem a ser cada vez mais rotativos, diante dos escassos concursos públicos para a saúde e educação? Essas questões encontram-se articuladas às posturas políticas e culturais adotadas ao longo dos anos, mas também às precarizações ocorridas na política de saúde pública.

Ao longo do texto serão apresentados, resumidamente, dados parciais de duas pesquisas sobre RMS. A primeira realizada por Silva (2015), resultados do Trabalho de Conclusão de Residência, onde foi analisado concepções teóricas e ético-políticas dos preceptores inseridos na RMS em Saúde da Mulher do Instituto São Francisco de Assis (HESFA)⁵ -Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O objetivo desse estudo foi identificar as contribuições e

⁵ O instituto é campus de referência, no âmbito da formação e da atenção à baixa e médica complexidade em Saúde, e tem como principais diretrizes, no nível docente-assistencial, servir de campo de práticas para alunos de graduação e de pós-graduação da área da saúde, envolvidas com o ensino, a pesquisa, a extensão e a capacitação profissional multidisciplinar

modos de participação dos preceptores na construção do projeto político e pedagógico do curso.

A metodologia do estudo foi a pesquisa qualitativa e realizou-se a partir dos relatos dos preceptores que pertencem às seguintes áreas de conhecimento: Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Do total de 41 preceptores, 12 foram entrevistados, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos.⁶

A segunda pesquisa foi realizada durante o curso de mestrado, realizada por Silva (2017)⁷ com o objetivo de discutir o papel da Residência Multiprofissional em Saúde dentro do contexto do Sistema Único de Saúde.

O campo de estudo selecionado foi HESFA/UFRJ, do total dos 41 preceptores vinculados ao curso de RMS do HESFA, foram entrevistados 12 preceptores (6 enfermeiros, 3 assistentes sociais e 3 psicólogos). O estudo também considerou as concepções e relatos dos Residentes Multiprofissionais discentes da RMS. Foram ouvidos 13 residentes multiprofissionais: 5 psicólogos, 3 enfermeiros e 5 assistentes sociais do total de 24. O intuito foi para apreender através dos relatos dos preceptores e discentes a relação do programa de residência com o fortalecimento do SUS.⁸

No HESFA, que possui programa de RMS, onde maioria dos preceptores estão vinculados à UFRJ, participando da formação de curso de RMS há mais de três anos, constatou-se que a apreensão da determinação social do processo saúde-doença e a participação dos preceptores nos espaços coletivos e políticos do

⁶ O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sendo aprovada em 02/10/2016 no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ e aprovada com numeração 069850/2014

⁷ Tal estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery em 13 de Julho de 2016 sob o parecer CAAE: 56114616.6.0000.5238.

⁸ Estabeleceu-se as seguintes eixos de análise para captar determinados conteúdos nas entrevistas: Preceptores: 1- Condições de trabalho para desenvolvimento das atividades de preceptoria (incentivos, carga horária e estrutura); 2- Motivação de Adesão à RMS; 3- Repercussões e desafios da RMS; 4- Participação do preceptor nos espaços de decisão; 5- Educação permanente para os preceptores; 6 – Papel da RMS no SUS. Residentes: 1- Condições da RMS para desenvolvimento da formação profissional (bolsa e carga horária); 2- Condições da RMS para desenvolvimento das atividades práticas e teóricas; 3- Motivação para adesão à RMS; 4- Participação do residente nos espaços de decisão; 5- Relação com a unidade acadêmica; 6- Função do Residente; 7- Papel da RMS no SUS; 8- Repercussões e desafios da RMS.

SUS, ainda são frágeis. Essa realidade não se reduz a qualificação dos profissionais preceptores, pois muitos são especialistas e mestres, trabalhando em serviços de referência. Essa questão deve-se também à conjuntura sociopolítica e econômica da atualidade (SILVA, 2015).

A pesquisa identificou também a falta de participação mais efetiva dos preceptores na construção e discussão do projeto Político Pedagógico do curso, a organização do trabalho desenvolvida distanciada do molde multiprofissional e, ainda, a inexistência e fragmentação do planejamento multiprofissional das atividades de ensino (SILVA, 2015).

O esvaziamento participativo dos profissionais nos espaços deliberativos é parte e expressão de uma conjuntura maior de alijamento da base na construção da Política de Residência Multiprofissional em saúde. Na instância maior e nacional de deliberação sobre as residências – a CNRMS – a participação dos sujeitos base da Educação e do Trabalho em Saúde que estão gestão e na assistência do SUS foi bloqueada.

A partir de 2009, os Ministérios da Saúde e da Educação deixaram de convocar as reuniões da Comissão, suspendendo negociações públicas e agravando as tensões e dúvidas sobre regulamentação das residências, além de alterarem a composição e a dinâmica da CNRMS ampliando a representação do governo, fragmentando a representação dos diversos segmentos e deslegitimando os fóruns que a compunham.

Apesar do bloqueio institucional os coletivos (Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde – FNRMS, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde – FNTP, Fórum Nacional de Coordenadores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde) estão se movimentando em processo permanente, de forma instituinte, e pleiteando o reconhecimento e legitimidade dos Fóruns Nacionais na indicação de seus representantes para a CNRMS e demais espaços deliberativos. Nacionalmente, a utilização de fóruns já constituídos foi uma das principais estratégias de articulação, acompanhamento da legislação, capilarização do debate e oxigenação das iniciativas exitosas existentes em algumas localidades (Silva, 2017).

Na pesquisa realizada em Silva (2015) foi identificado que no que diz respeito aos conselhos de política e de direitos na atenção à saúde da população, há um distanciamento dos profissionais com estes espaços já que 42% nunca participaram dos conselhos e 25% não participam mais, apenas 33% participam ativamente. No contexto local da RMS do HESFA-UFRJ, além da falta de incentivo à participação e publicidade da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU)⁹, é frequente o afastamento dos profissionais dos espaços coletivos e decisórios.

De acordo com Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde opera no quadrilátero da formação: ensino, gestão, atenção e controle social. A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir valorizar as características locais, as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, produzir autoanálise e autogestão.

É inegável o discurso ministerial de aposta nas RMS como uma modalidade de formação sintonizada com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No entanto, o histórico e arcabouço legal das Residências irão revelar diferentes embates, disputas, pactuações, enfrentamentos e discursos dos sujeitos envolvidos com o desenvolvimento das RMS no país.

Nas discussões dos Encontros Nacionais de Residências em Saúde, pode-se observar a recorrente luta pela garantia de espaços de educação permanente para preceptoria assim como aproximar preceptores e tutores na construção do processo de orientação da RMS (Silva, 2017).

Quanto ao reconhecimento e fortalecimento da função tutoria, docência e preceptoria nos programas de residência em saúde, os espaços de debates das RMS indicam que há necessidade de definição de Políticas Institucionais de

⁹ A COREMU é um órgão componente da residência multiprofissional composta por representantes dos diversos sujeitos envolvidos com a residência. Este órgão tem caráter informativo e deliberativo, reunindo-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, o calendário anual das reuniões deve ser publicizado. Portanto, se constitui um espaço coletivo mais local de deliberação sobre a RMS. Toda RMS necessita estar ligada a uma COREMU. A Resolução nº. 2, de 2 de maio de 2010 da CNRMS Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde.

integração ensino e serviço de modo a exigir que o espaço de ensino esteja inserido no processo de trabalho dos serviços que abrigam programas de residência.

Efetivar democratização concreta de todas as discussões e decisões da gestão dos Programas de Residência de modo a garantir a contribuição coletiva de todos os atores nas definições pedagógicas e políticas faz parte da perspectiva da Educação Permanente. Porém, em pesquisa realizada no HESFA em Silva (2015), constata que na época a maioria dos preceptores desconhecia (67%) o projeto pedagógico do curso.

Sobre a participação na construção do projeto 43% afirmou que não participou da construção do projeto; 42% participaram da construção, mas não a considerou substancial afirmando que foram chamados a apenas operacionalizar o que já fora pensado; apenas 15% afirmam ter tido participação efetiva na elaboração do projeto. Um dado importante se levarmos em consideração que 67% dos preceptores, entrevistados se inseriram no RMS desde seu início (Silva, 2015).

Na segunda pesquisa realizada por Silva (2017) no RMS do HESFA/UFRJ 69% dos residentes avaliam a carga horária de trabalho da RMS é cansativa e excessiva e o investimento na qualificação dos espaços teóricos tem baixo investimento.

A Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010, que dispõe sobre a duração e a carga horária das RMS e regulamenta a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas. Segundo essa resolução a carga horária do residente, que é de 60h semanais, terá um dia de folga por semana e 30 (trinta) dias consecutivos de férias, que podem ser fracionados em dois períodos de 15 (quinze) dias, por ano de atividade. Ainda dispõe que as RMS serão desenvolvidos com 80% da carga horária de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.

É notória a ênfase nas atividades assistenciais e o desenvolvimento de atividades que não garantem o tripé ensino, pesquisa e extensão. No que se refere à inserção da participação nos espaços de controle social na distribuição da carga horária, grande parte dos programas não prioriza esse espaço (SILVA, 2017).¹⁰

¹⁰ Em tais aspectos também ver a pesquisa realizado por Castro (2013).

Na questão referente à quantidade de preceptores para atender a demanda do programa, 58% dos preceptores e 47% dos residentes consideram ser insuficiente. Diante das lacunas apresentadas, 63% dos residentes considera que seu papel na RMS é ser força de trabalho para os serviços. Pois a relação com a academia é considerada limitada, pois não há garantia de aulas e de docentes disponíveis para a RMS. Essa carência de recursos dificulta o aprimoramento e a qualidade teórica do programa.

No contexto da pesquisa ocorre um duplo movimento: a expansão de vagas para residentes e a ausência da entrada de novos profissionais por concurso público para a instituição, o que reforça a problemática que envolve a disputa de funcionalidades da RMS para o SUS¹¹.

Considerando esses aspectos políticos e econômicos do cenário brasileiro que redefine os objetivos das políticas de saúde e dentro delas os programas das RMS, quais as contribuições e desafios dos assistentes sociais inseridos nestes espaços para a formação de residentes de diferentes áreas profissionais? Quais os desafios que se impõem a categoria do Serviço Social em relação ao trabalho profissional orientado pelo Projeto Ético-político na formação e exercício profissional nas RMS? Essas questões demandam aprofundamento.

4- O ASSISTENTE SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL, FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL.

¹¹ Em 2010 constava seis vagas para residentes, para a Residência Multiprofissional em saúde da Mulher no HESFA/UFRJ. Em 2012 o programa ampliou o quantitativo de vagas para nove vagas. No ano de 2014, esse quantitativo foi mais uma vez ampliado para doze vagas: (4) Enfermagem, (4) Psicologia e (4) Serviço Social e tal quantitativo foi conservado em 2015 e 2016. No âmbito nacional, o Ministério da Educação (MEC) dirigiu o ofício em setembro de 2016 aos conselhos de residência informando que não ampliará o programa de bolsas para residência (residência médica e em área profissional da saúde – uniprofissional e multiprofissional) para 2017, em decorrência do corte orçamentário. No texto, diz que as bolsas existentes estão garantidas e que a progressão das bolsas de R1 (residentes que estão no primeiro ano do curso) e para R2 (residentes do segundo ano) também não sofrerá alteração. (Ministério da Educação, 2016). Porém, identificamos que as RMS ainda são consideradas interessantes pelo governo tendo em vista que o Ministério da Saúde anunciou em outubro de 2016 a expansão do financiamento de bolsas com mais mil novas vagas de residência, sendo 400 de residência médica e 600 de residência em área profissional da saúde (ênfase nas residências multiprofissionais).

O projeto ético-político que se tornou hegemônico na profissão, encontra dificuldades na realidade profissional, frente aos rebatimentos do capital desde o seu surgimento. Os profissionais dentro da atual conjuntura onde predominam interesses econômicos têm na sua ação limites e possibilidades nas instituições em que estão inseridos.

Nos termos de Iamamoto (2008), vivencia-se a problemática da teleologia e causalidade. Trabalho sujeito a determinações históricas que fogem do controle dos profissionais e impõem limites socialmente objetivos (causalidade) à prática profissional, com momentos de possibilidades de ações planejadas na defesa de um projeto alternativa de prática social (teleologia).

Para que o profissional tenha condições de perceber as possibilidades existentes na realidade este necessita de uma formação que lhe dê condições de conhecer a realidade para além dos seus aspectos limitadores. Segundo Iamamoto (2008), a condição de venda e compra da força de trabalho restringe, em graus variados na relativa autonomia profissional.

Netto (2011) afirma que no meio profissional expressão do projeto ético político do Serviço Social é limitada no que se refere à incidência prático-operacional. O autor observa que há poucos indicativos prático-operativos para a concretização deste projeto no cotidiano do exercício da profissão, destacando que o processo de ruptura com o conservadorismo se espraia na academia, nas produções, expressando-se nos principais congressos e seminários da categoria, mas necessita de proposições não prescritivas para o exercício profissional.

A concentração temática das pesquisas em Serviço Social não tem privilegiado a investigação do trabalho e prática profissional. A produção de conhecimento do Serviço Social no seu conjunto ultrapassou a visão endógena da profissão através da apropriação teórico-metodológica de grandes matrizes do pensamento social da modernidade, mas essas conquistas ainda não foram efetivadas integralmente no exercício profissional, faltando fazer *“a viagem de volta para apreender o trabalho profissional nas suas múltiplas determinações e relações no cenário atual”* (IAMAMOTO, 2008a, p. 463).

Diante da tripla dimensão do Serviço Social indicada nas diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996, a saber: ético-política, teórico-metodológica e técnico operativa, pautadas no referencial teórico de tradição marxista, temos como hipótese de que o assistente social ao se inserir nos programas de RMS tem grande potencial de contribuição crítica dada a sua formação profissional, tanto na condição de residente, como na condição de tutor e preceptor, apesar do contexto de contrarreforma do Estado. Esta afirmação está apoiada em nossas pesquisas e de autores como: Closs (2010), Vasconcelos (2010) e Vargas (2011).

A maioria dos assistentes sociais relaciona a integralidade¹² com o conceito ampliado de saúde¹³, destacando a visão de totalidade na apreensão da necessidade da população usuária. Quanto às contribuições da profissão para integralidade, foram referidos dois eixos principais: os aportes da particularidade do Serviço Social nas equipes - tais como a análise crítica da sociedade capitalista e totalizante da saúde e a direção social do projeto ético-político profissional com ênfase no protagonismo do usuário (CLOSS, 2010).

Do mesmo modo, Vargas (2011) identifica no desenvolvimento das atividades dos assistentes sociais inseridas em programas de RMS em Porto Alegre, a competência para uma análise ampliada e diferenciada em relação às situações de saúde apresentadas, legitima o Serviço Social no contexto da residência. O fato de a maioria dos profissionais entrevistados reafirmarem o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, evidencia a contraposição em relação à herança conservadora da profissão. Mas, segundo a autora, essas implicações precisam ser aprofundadas no planejamento das ações, articuladas com os movimentos sociais e os espaços de controle social, para o atendimento das demandas dos trabalhadores.

¹² A Integralidade é um princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações juntamente o com a articulação da saúde com outras políticas públicas. Também passa pelo comportamento dos profissionais isoladamente e em equipe, pelas relações dessas equipes com a rede de serviços como um todo, pela formação dos profissionais e por um desenho coletivo de sistema preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades dos usuários.

¹³ Conceito de saúde adotado pelo SUS é ampliado e nele foram incluídos diversos fatores como determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da população, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso que a população tem aos bens e serviços Ihe são essenciais e de direito.

Tais estudos têm em comum a constatação, já apontada por Vasconcelos (2010), do potencial do Serviço Social em relação à competência crítica relacionado à sua formação generalista e tendência da intenção de fortalecer o atual projeto profissional da profissão.

Os resultados da pesquisa de Vasconcelos (2010)¹⁴ destaca uma particularidade na formação dos assistentes sociais que pode influenciar no exercício profissional. Segundo os dados parciais desta pesquisa, ao analisar qual a concepção de saúde dos profissionais, observou-se que a maioria dos demais profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros) adere ao conceito da Organização Mundial de Saúde enquanto que a maioria dos Assistentes Sociais referenciam sua prática com o conceito de saúde do projeto da Reforma Sanitária.

Os dados mostram que a concepção de saúde abstrata da OMS continua sendo orientadora dos profissionais de saúde em detrimento da discussão dos determinantes sociais e econômicos da saúde. Contudo, dentre estes profissionais de saúde os Assistentes Sociais são exceção, posto que, a maioria toma como diretriz o conceito de saúde ampliada, com base na Constituição Federal de 1988.

Seguindo a mesma perspectiva, nesta pesquisa, se constatou que 45% dos demais profissionais afirmam desconhecer o Movimento de Reforma Sanitária, ao passo que entre categoria dos Assistentes Sociais todos reconhecem o Movimento de Reforma Sanitária para a questão de saúde no Brasil (Vasconcelos, 2010).

O projeto de formação profissional defendido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) é direcionado no sentido de capacitar os assistentes sociais teórica, metodológica e politicamente para uma intervenção qualificada, comprometida e orientada por valores radicalmente democráticos. Para o trabalho junto ao SUS, a formação deve articular,

¹⁴ A pesquisa se chama: “A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro: HU’s”. objetiva identificar e analisar o perfil teórico-metodológico, ético político dos profissionais de saúde e a prática nos HU’s/RJ, Pesquisa realizada com 349 profissionais de saúde de nível superior de diferentes áreas, do complexo de saúde universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

necessariamente, os valores expressos Projeto Ético-Político do Serviço Social e no Projeto Reforma Sanitária (ABEPSS, 1997).

No que se refere ao projeto de saúde e ao projeto profissional, Mito e Nogueira (2006), enfatizam a convergência de das propostas que inspiraram a letra constitucional para a saúde com o Código de Ética Profissional e a Lei da Regulamentação do Serviço Social, aprovados em 1993.

Porém, duas situações provocaram a ruptura desta relação virtuosa, transformando-se em divergência. Em primeiro lugar, a reversão posta em prática, a partir da década de 1990, nas propostas fundamentais da Seguridade Social brasileira. E, em segundo, a maneira de institucionalização dos programas sociais, influenciados pelas propostas de regulação das agências multilaterais de financiamento e fomento, com exigências de avaliação quantitativa e de intenso controle gerencial-burocrático sobre as ações desenvolvidas e os resultados obtidos (Mito e Nogueira, 2006).

Em consequência disso pode-se observar, com base em Bravo (1998), que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social.

Iamamoto (2002) é clara ao defender que a identidade das equipes profissionais em torno de competências comuns não excluía as particularidades profissionais. Para ela o assistente social, mesmo partilhando o trabalho com os outros profissionais, dispõe de singularidades na interpretação dos mesmos processos sociais e de uma competência distinta para a realização das ações profissionais decorrente de vários fatores, dentre eles, a formação profissional, a sua capacitação teórico-metodológica, e a sua competência na habilidade para desenvolver determinadas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação profissional não é suficiente para solucionar todas as questões presentes nas políticas sociais, mas a realidade atual demanda uma educação em saúde que forme profissionais críticos e comprometidos com as classes

trabalhadoras prioritariamente para que haja possibilidades de resistência e alternativas ao projeto mercadológico de saúde. É importante a formação de quadros de intelectuais orgânicos voltados para os interesses da população trabalhadora ao invés de alimentar a reprodução os interesses do complexo médico Industrial. Sem essas resistências teóricas e políticas dos trabalhadores da saúde a realidade se tornará mais difícil de ser enfrentada.

Diante desses compromissos ético-políticos que o Serviço Social assume na atualidade frente aos usuários, vendo-os como sujeitos de direitos, e frente à sociedade, visando contribuir para superação da ordem vigente, os profissionais de Serviço Social tem um papel fundamental na criação de estratégias para contribuir com o fortalecimento deste projeto no trabalho profissional.

Acreditamos que a RMS possa oferecer um potencial contributivo nesse sentido, apesar de suas contradições na conjuntura atual. A ideia de reconhecer as suas limitações e usos inadequados, não nos leva a recuar, mas sim a resistir e propor redirecionamentos dos seus usos para o fortalecimento da saúde pública, universal e de qualidade.

Dessa forma, um projeto profissional crítico vai além da defesa de determinados valores, implica na existência de um corpo de conhecimentos que sustente a definição e a execução das ações profissionais. Sobre o Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro é importante recordar que este contempla, tanto no âmbito da formação como no trabalho profissional de modo indissociável.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, A.M.T;BALTAR, J.F;COELHO, V.H.S; LIMA, R.C.M; MIRANDA, M. C;SILVA, C.S; SILVA, J.F; SOUZA, M.S;VASCONCELOS, A.M. **Profissões de saúde, diretrizes curriculares e sistema único de saúde brasileiro (sus)**. In: XI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2008, São Luiz/MA. XI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. São Luiz/MA: ABEPSS, 2008.

ABEPSS/CEDEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Cadernos ABEPSS, São Paulo, n. 7, p. 58-76, 1997.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2006.

Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde– CNRMS - Exercício 2007/2009. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Ministério da Educação. Brasília. RESOLUÇÃO Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012.

BRAVO, M.I.S. Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE (03). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

CASTRO, M. M. de C. e. O Serviço Social nos programas de Residência em Saúde. Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) vol.9 no.16 Botucatu Sept./Feb. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>, acesso em 15/09/2014 as 9h.

CHESNAIS, François. A mundialização do capital. São Paulo: Xamã. 1996.

CLOSS, T. T. O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade? 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.2010.

DRAIBE, S.M. As políticas sociais e o neoliberalismo - Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. Revista USP. n. 17 . 1993

IAMAMOTO, M. V.O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo. Cortez: 2008.

Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo,: Cortez , 2008a .

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. In SER Social, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011.

ELIAS, Paulo E. M. **Residência médica no Brasil: A institucionalização da ambivalência**. São Paulo, 1987. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FEUERWERKER L. **No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a Residência multiprofissional em saúde**. Interface (Botucatu), 2009.

LIMA, A.M.C. **Residência Médica sob a Óptica do Direito do Trabalho**. REVISTA DA ESMESC, v. 17, n. 23, 2010.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estudos Avançados 27 (78), 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Financiamento das bolsas dos Residentes médicos e em área prtofissional da saúde (Multiprofissional e uniprofissional).Ofício circular nº 16/2016/CGRS/DDES/SESU/SESU-MEC. 2016.

MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA, V. M. R.. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). *Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

NETTO, J.P..**Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós- 64**. 16ª edição. São Paulo. Cortez. 2011.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RIZZOTTO ,Maria Lucia Frizon / CAMPOS ,Gastão Wagner de Sousa. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016.

SILVA, L. C. **Formação e prática na saúde: o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher a partir do relato dos preceptores**.Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização.Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher no HESFA/ UFRJ. Rio de Janeiro. 2015,Mimeo.

SILVA, L. C. **O Papel da residência multiprofissional no sistema único de saúde: perspectivas e contradições**. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós Graduação da PUCRio. Rio de Janeiro. 2017, Mimeo.

SILVA, L.

Residência multiprofissional em saúde: desafios e possibilidades para o serviço social

VARGAS, T. M. O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?2011.Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VASCONCELOS, A. M. A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Hospitais Universitários. Projeto de Pesquisa. FSS/UERJ/FAPERJ/CNPq, 2010.