



COORDENAÇÃO DE  
CAPACITAÇÃO  
CONTINUADA  
ESS/UFRJ

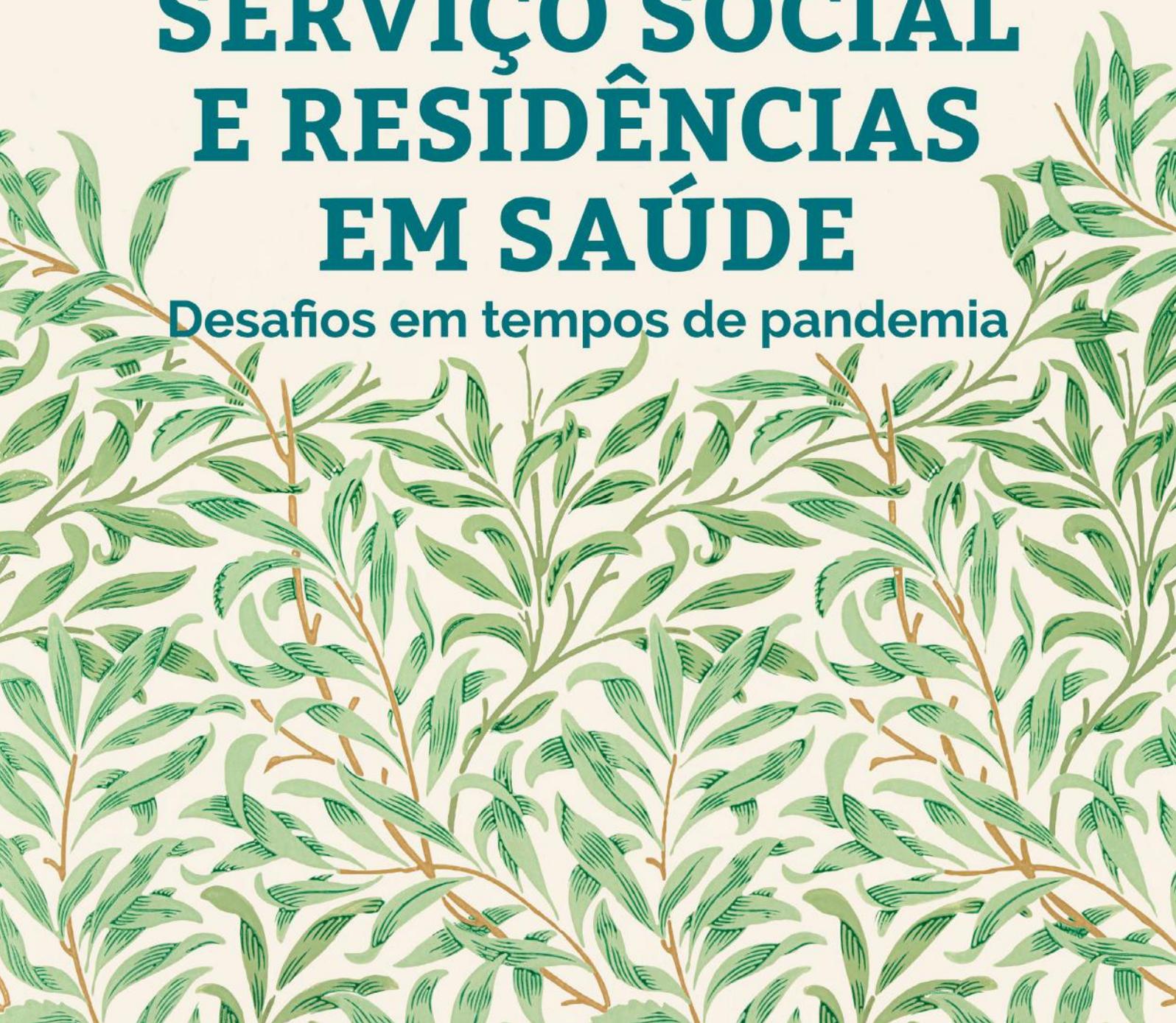


ESCOLA DE  
SERVIÇO SOCIAL  
UFRJ

Rachel Gouveia Passos  
Andreia de Albuquerque Trindade  
Dayanna Henrique Gomes Garcia  
Vanessa Barreto Corrêa Passos  
ORGANIZADORAS

# SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Desafios em tempos de pandemia



# **SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**

**Desafios em tempos de pandemia**

Rachel Gouveia Passos  
Andreia de Albuquerque Trindade  
Dayanna Henrique Gomes Garcia  
Vanessa Barreto Corrêa Passos  
ORGANIZADORAS

**Rio de Janeiro, 2021.**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social  
Coordenação de Capacitação Continuada

## **Universidade Federal do Rio de Janeiro**

Denise Pires de Carvalho REITORA

Carlos Frederico Leão Rocha VICE-REITOR

## **Centro de Filosofia e Ciências Humanas**

Marcelo Macedo Corrêa e Castro DECANO

## **Escola de Serviço Social**

Miriam Krenzinger DIRETORA

Elaine Moreira VICE-DIRETORA

## **Coordenação de Capacitação Continuada**

Rachel Gouveia Passos COORDENADORA

---

## **SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE** **Desafios em tempos de pandemia**

Rachel Gouveia Passos

Andreia de Albuquerque Trindade

Dayanna Henrique Gomes Garcia

Vanessa Barreto Corrêa Passos

ORGANIZAÇÃO E REVISÃO

Fábio Marinho

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

APOIO  
**Praia Vermelha**

LICENÇA



IMAGEM DE CAPA

William Morris, *Willow Bough*. Rawpixel Public Domain.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviço social e residências em saúde: desafios em tempos de pandemia / organizadoras Rachel Gouveia, Andreia de Albuquerque Trindade, Dayana Henrique Gomes Garcia, Vanessa Barreto Corrêa Passos. – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, Coordenação de Capacitação Continuada, 2021. 149 p.

ISBN 978-65-88579-07-7 (versão on-line).

1. Epidemias. 2. Epidemias – Aspectos sociais. 3. Epidemias – Aspectos políticos. 4. Covid-19 (Doença). 5. Saúde pública – Brasil. I. Passos, Rachel Gouveia. II. Trindade, Andreia de Albuquerque. III. Garcia, Dayanna Henrique Gomes. IV. Passos, Vanessa Barreto Corrêa. V. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social.

CDD: 362.1962414

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

# sumário

## **6 APRESENTAÇÃO**

*Miriam Krenzinger & Elaine Martins Moreira*

## **8 NOTA DAS ORGANIZADORAS**

## **10 PREFÁCIO**

*Marina Monteiro de Castro e Castro*

## **17 CAPÍTULO 1**

### **Desafios para a formação das assistentes sociais em tempos pandêmicos: o caso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ**

*Rachel Gouveia Passos, Amanda de Almeida Sanches, Paulo Sérgio Pereira Filho & Sandro Barbosa*

## **30 CAPÍTULO 2**

### **As repercussões da pandemia de COVID-19 na Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente: reflexões sobre o espaço de formação e o exercício profissional da/o assistente social**

*Dilene Francisco Constancio, Dayanna Henrique Gomes Garcia, Thaís Cavalcanti Marques, Thayane Santos Crespo da Cunha, Bárbara Menezes Silva Santos, Cassia Almeida de Oliveira, Flavia de Oliveira Barbosa, Fabiana Holanda & Sandra Rios*

## **41 CAPÍTULO 3**

### **Residência Multiprofissional em Saúde do HUCFF: trajetória histórica e desafios da Preceptoria de Núcleo de Serviço Social intensificados pelo contexto da pandemia da COVID-19**

*Andreia de Albuquerque Trindade, Alessandra do Nascimento Frazão, Camila Oliveira Carvalho, Célia Regina de Jesus, Cintia da Silva Cunha, Claudia Gregório de Brito, Elis Cardoso Lago, Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho, Graziani Araujo de Lima da Nobrega, Janete Duarte Bastos, Laís Godinho Busquet Soares, Natalina Ribeiro Brito, Paula Freire Novaes Silva, Soraia da Silva Rondão do Nascimento, Taiane Batista de Oliveira, Vanessa Barreto Corrêa Passos & Vania Dias de Oliveira*

## **52 CAPÍTULO 4**

### **Reflexos da Pandemia da COVID-19 na Residência Multiprofissional em Saúde no Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)**

*Isadora Barbosa Varella, Laryssa Almada Ferreira, Luiza Cristina Rodrigues Silva, Rosilene Virginia Galdino, Rosimere Figueiredo do Vale & Sara Danielle Lacerda de Mello*

# sumário

## **61 CAPÍTULO 5**

**O processo de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde nas Residências Multiprofissionais: a experiência do HESFA/UFRJ**

*Erimaldo Matias Nicacio*

## **72 CAPÍTULO 6**

**Breves reflexões sobre a relação teoria e prática do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde**

*Débora Holanda Leite Menezes*

## **86 CAPÍTULO 7**

**A dimensão técnica-operativa no trabalho do assistente social e sua vinculação com a dimensão ético-política: reflexões sobre o trabalho com grupos**

*Fernanda Kilduff*

## **98 CAPÍTULO 8**

**A preceptoria de núcleo do Serviço Social em programa de residência multiprofissional em saúde mental**

*Cibele da Silva Henriques, Rita Cavalcante,  
José Augusto Bisneto & Thais Lisboa*

## **107 CAPÍTULO 9**

**Violência Doméstica: um tema ausente nas Residências em Saúde**

*Rosana Morgado*

## **121 CAPÍTULO 10**

**Residências Multiprofissionais em Saúde: Reflexões sobre a trajetória de duas docentes da ESS/UFRJ**

Entrevista com as professoras Maria Magdala Vasconcelos e Ludmila Fontenele Cavalcanti

*Josefina Mastropaolo & Thaissa dos Santos*

## **137 PÓS-FÁCIO**

*Letícia Batista da Silva*

## **142 AUTORAS E AUTORES**

## APRESENTAÇÃO

Esta obra chega ao público leitor no momento em que o Brasil registra, lamentavelmente, mais de 310 mil mortos sendo considerado o epicentro da pandemia e tornando-se uma ameaça global. Com recorde de contaminação pelo coronavírus, o quadro se agrava, dia após dia, com a politização e a lentidão na compra de vacinas para todos, mesmo o Brasil tendo um Programa de Vacinação considerado de excelência no mundo inteiro. Além disso, conforme previsão orçamentária do Governo Federal para este ano, aprovada em dezembro de 2020 no Congresso, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) perderá 34% de sua verba anual impactando severamente o setor de pesquisa e formação acadêmica.

Mesmo diante desse quadro trágico que estamos vivenciando, com cortes severos aos fomentos de pesquisa, a universidade pública resiste e demonstra, em diversas frentes, o seu compromisso com a vida e a saúde da população brasileira. Por isso, apesar do triste cenário nacional, temos imensa honra de apresentar esta coletânea, organizada e escrita por diversas/os assistentes sociais que atuam na Escola de Serviço Social e nas unidades de saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ.

Diante da ameaça à saúde, física e mental, além das diferenças socioeconômicas que a pandemia expõe, podemos ver os esforços de pesquisadores/as, servidores/as públicos/as para prestar a melhor assistência à população e contribuir para o fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), integrado pela UFRJ. Neles, atuam dezenas de assistentes sociais, que participam de cinco Programas de Residência Multiprofissional.

O Código de Ética do Assistente Social (CFESS/1993) prevê, em seu artigo 3º, como dever desse profissional: *Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades*. Certamente, quando esse Código foi elaborado, não se poderia prever a ocorrência de uma pandemia mundial. Todavia, se trata, por óbvio, de uma gigantesca calamidade. O Serviço Social como uma profissão que pertence ao campo da Saúde e, pelos princípios que reivindica em seu projeto profissional, não poderia se furtar ao trabalho na linha de frente no atendimento à população, por exemplo, nos hospitais, bem como na pesquisa, assessoramento e monitoramento de manifestações da "questão social", muito agravadas pela crise sanitária, pelas respostas precárias e as omissões do Estado.

Essa obra apresenta a atuação desses/as profissionais, contribuindo para a formação de novas/os trabalhadores/as da Saúde pública brasileira, por meio dos Programas de Residência Multiprofissional de Saúde, que se destinam a dar ênfase à qualificação das/os graduadas/os da área da Saúde.

O livro, com dez capítulos, apresenta, nos quatro primeiros, a análise da relação do contexto atual de pandemia mundial e seus impactos no trabalho e formação das/os residentes. E, em um segundo bloco, dispõe de uma diversidade de assuntos relacionados à experiência das residências multiprofissionais: a relação entre teoria e prática, a dimensão técnica-operativa do trabalho, o lugar da preceptoria, bem como temas ausentes. Por fim, a excelente entrevista com as professoras Maria Magdala Vasconcelos e Ludmila Fontenele Cavalcanti, com as quais podemos conhecer a trajetória da Residência Multiprofissional, especialmente na ESS/UFRJ.

Certamente, essa produção dará importante suporte para o trabalho cotidiano nas Residências Multiprofissionais, para assistentes sociais em geral e referência bibliográfica para nossas aulas na Graduação. Esperamos que, cada vez mais, possamos fortalecer a articulação entre assistentes sociais e demais profissionais que compartilham conosco a defesa do direito universal à Saúde e à Educação, e de sua concretização na vida das pessoas em todo o território nacional.

Nos causa satisfação em ver que o investimento iniciado em nossa gestão à frente da ESS/UFRJ, no final de 2018, e que resultou na criação da Coordenação de Capacitação Continuada, em 2019, já esteja gerando frutos tão profícuos quanto este. Com nosso *esperançar* por dias melhores, desejamos a você uma boa leitura!

*Miriam Krenzinger & Elaine Martins Moreira*

DIREÇÃO DA ESS/UFRJ  
GESTÃO 2018-2022

## NOTA DAS ORGANIZADORAS

Em 2009, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) associou-se ao movimento promovido pelos Ministérios da Saúde e Educação, com vistas à implementação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), cujo objetivo recai sobre a formação de profissionais para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se o papel ativo desempenhado pelo Serviço Social na comissão formada, a época, com a tarefa de implantação de PRMS, destacamos o protagonismo da equipe do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

A Escola de Serviço Social (ESS/UFRJ) esteve presente durante a construção dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e na efetivação dos Programas de Residência. Entretanto, sempre houve uma maior requisição para a construção do planejamento conjunto das atividades voltadas para a qualificação do trabalho junto as/os residentes. Além disso, destacamos a inexistência de um PPP que delimite a participação dos docentes, levando este profissional a atuar sem dispor de carga horária reconhecida para o exercício da docência e/ou tutoria e preceptoria nesses programas.

Por outro lado, o Serviço Social através de seus preceptores e tutores, têm ao longo do tempo, atuado na qualidade de coordenadores de área, somado as atribuições de docentes e tutores, bem como na orientação de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), oferta de disciplinas, dentre outros, como forma de preencher as lacunas causadas pela ausência de uma ação mais presente da unidade acadêmica.

No entanto, esta realidade começa a se modificar quando em dezembro de 2018, valendo-se de uma mudança na direção da ESS/UFRJ, bem como da chefia de serviço do Serviço Social do HUCFF, foi enviada uma carta a direção recém empossada com o objetivo de apresentar as demandas (antigas) na expectativa de obter algum êxito no pleito requerido. Doravante, se iniciou um canal de diálogo entre a ESS/UFRJ e o Serviço Social dos diferentes Programas de Residência da UFRJ.

Foram realizadas reuniões com a participação de docentes, residentes e profissionais tutores e preceptores de campo para discutir as residências. Através do diálogo coletivo todos puderam apresentar suas dificuldades, demandas e possibilidades. Já nas primeiras reuniões obteve-se como resultado a oferta de disciplina para os residentes, uma demanda comum a maioria, em princípio estas eram eletivas, mas com o aceno por parte da ESS/UFRJ da criação de disciplina específica para a residência.

O ano de 2019 foi de experimentação no que se refere as disciplinas e, concomitantemente, seguiu-se o debate e articulação para o reconhecimento das atividades desenvolvidas pelos docentes, a criação de disciplina específica e a designação de docentes para acompanhamento do campo.

Em 17 de dezembro de 2019, em reunião ordinária da congregação da ESS/UFRJ, foi aprovada a criação da Coordenação de Capacitação Continuada (CCC), no âmbito da sua gestão, vinculada de forma horizontal, à Coordenação de Estágio, Extensão e Pós-Graduação (lato sensu), tendo como responsável a Professora Rachel Gouveia Passos. Sua criação visa atender, principalmente, as demandas apresentadas pelas equipes de Serviço Social das unidades de saúde da UFRJ que possuem residentes multiprofissionais em saúde.

O propósito dessa coordenação é dar visibilidade institucional e acadêmica ao trabalho que já vem sendo desenvolvido por diversos professores e estreitar os canais de comunicação e apoio na formação dos residentes multiprofissionais, viabilizar capacitações para as supervisoras de campo e articular ações interdepartamentais para a construção de especializações. Dentro das ações desenvolvidas pela CCC foi criado o Fórum de Serviço Social das Residências da UFRJ, sendo este, um importante espaço de discussão e construção coletiva dos Programas de Residência que conta com a participação de docentes, preceptores, tutores e residentes.

Portanto, a presente coletânea apresenta o resultado de um trabalho que vem sendo realizado ao longo de uma década e protagonizado pelo Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUFCC), Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) e Instituto de Psiquiatria (IPUB), tendo a contribuição da Escola de Serviço Social com a participação de diferentes docentes nesse período. Torna-se fundamental sinalizarmos que essa coletânea representa um esforço coletivo de apostar na formação no/pelo SUS, principalmente, com o desfinanciamento e desmonte que vem ocorrendo. Em tempos de intensos retrocessos, apresentar a sistematização dos diferentes processos de trabalho, dos desafios colocados pela pandemia, da relação teoria e prática e do resgate histórico e político dos Programas de Residência torna-se uma forma de resistir deixando registrado a importância das instituições públicas, em especial, da Universidade Pública brasileira.

Desejamos uma excelente leitura!

*Rachel Gouveia Passos, Andreia de Albuquerque Trindade,  
Dayanna Henrique Gomes Garcia & Vanessa Barreto Corrêa Passos*

## PREFÁCIO

A pandemia do coronavírus escancarou processos históricos de desigualdades sociais, políticas e econômicas internacionais, e vem se conformando como uma pandemia de classe, gênero e raça (HARVEY, 2020)<sup>1</sup>. No Brasil, esse processo se intensifica por meio de uma postura anti-científica e negacionista do Governo Federal (LOWY, 2020)<sup>2</sup>.

No país, o direcionamento para os serviços de saúde partiu de uma visão unicausal do processo saúde-doença, o que gerou uma reorganização baseada na implementação da linha tradicional centrada na medicina e na clínica, e na alta utilização de equipamentos e fármacos. Agrava esse processo a destruição em curso do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem sofrendo com seu desmonte e desfinanciamento.

A característica de contágio do coronavírus, que tem como principal forma de transmissão às partículas projetadas pelas vias respiratórias, incidiu na utilização do distanciamento social como estratégia de mitigação do vírus, com vistas a evitar aglomerações e circulação de pessoas. Nos serviços de saúde, foi necessária a redução de fluxo de pessoas, o recuo nas ações grupais de educação em saúde, a desarticulação dos trabalhos/encontros multiprofissionais, como também a incorporação de novas estratégias de atendimento à população - teleconsultas e teleatendimentos.

Passados um ano da pandemia, o que temos visto no Brasil é um acirramento dos processos de desigualdade e a falta de um plano nacional de combate à pandemia e de proteção social à população, que tem gerado o avanço da contaminação e de mortes. A consequência disso é que, em março de 2021, temos um quadro nacional catastrófico com mais 300.000 mortos e 12 milhões de casos confirmados da COVID-19 (BRASIL, 2021)<sup>3</sup>; além de 15,3 milhões de pessoas desempregados (IBGE, 2020)<sup>4</sup> -

---

1 HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. DAVIS, M. et al. *Coronavírus e a luta de classes*. Terra sem Amos: Brasil, 2020, p.13-32. Disponível em: <https://terrasemos.files.wordpress.com/2020/03/coronavc3adrus-e-a-luta-de-classes-tsa.pdf>. Acesso em: 24 de mar de 2021.

2 LOWY, M. "Gripezinha" - O neofascista Bolsonaro diante da epidemia. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (Orgs.) *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. 1.ed. Bauru: Canal 6, 2020. Disponível em: [http://editorap Praxis.com.br/quarentena/ebook\\_quarentena\\_1ed\\_2020.pdf](http://editorap Praxis.com.br/quarentena/ebook_quarentena_1ed_2020.pdf). Acesso em: 24 mar. 2021.

3 BRASIL. *Painel Coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/*. Acesso em 25 mar 2021.

4 IBGE. *PNAD COVID19. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php*. acesso em 25 mar 2021.

quadro que se torna alarmante, uma vez que anterior a pandemia o país já contava com 13,5 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza (IBGE, 2019)<sup>5</sup>.

Como nos afirmam Silva e Ruiz (2020, p.6)<sup>6</sup>, é necessária a “derrota política do Governo Federal no que diz respeito ao discurso e às ações que secundarizam a gravidade da COVID-19. Além disso, é preciso considerar políticas de assistência social não como favor, mas como direito a ser ampliado”.

Outro processo que se agrava é o esgotamento dos trabalhadores da saúde. A pesquisa realizada pela Fiocruz (2021)<sup>7</sup> com mais de 25.000 profissionais e que teve como tema “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, nos apresenta um cenário complexo. O estudo nos mostra que os trabalhadores da saúde não se sentem protegidos no trabalho, em grande parte devido à falta, escassez ou inadequação do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Além disso, convivem com o medo da contaminação, com a ausência de estrutura adequada para realização das atividades e dos fluxos de internação ineficientes. Outros elementos importantes tratam do despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia e a insensibilidade de gestores para as necessidades profissionais, e das graves consequências na saúde mental dos trabalhadores que compõem a linha de frente no combate à COVID-19.

O livro “Serviço Social e residências em saúde: desafios em tempos de pandemia” é uma importante contribuição em um contexto de tantos desafios para o trabalho na área da saúde e, em especial, para a formação de trabalhadores no SUS no âmbito das Residências – que tem como cenário de prática formativo os serviços que atuam diretamente no combate à pandemia.

O que temos visto é que a pandemia escancara as contradições e traz novos e velhos dilemas para as Residências Multiprofissionais. Um dos principais desafios desse momento é identificar as dificuldades históricas na consolidação dos Programas e os novos processos trazidos por esse contexto - para que não caiamos no risco de uma camuflagem das contradições.

---

5 IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais*. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. Brasília: Agência IBGE Notícias, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>. acesso em 25 mar 2021.

6 SILVA, W; RUIZ, J. Comentário. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 30(3), p.1-8, 2020.

7 FIOCRUZ. *Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde*. Agência Fiocruz de Notícias. FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/covid-19-estudo-avalia-condicoes-de-trabalho-na-saude>. Acesso em 24 mar 2021.

O material que o livro nos apresenta contribui para esse desvelamento e nos afirma a perspectiva de que é preciso entender que as Residências se movem na realidade concreta e a atuação dos sujeitos que a compõem ocorre nessa realidade. Ou seja, não há como decifrar as suas contradições sem desvelar as condições objetivas e subjetivas que envolvem o trabalho e a formação em saúde no Brasil.

Dessa forma, como então pensar as Residências Multiprofissionais, especialmente, no que tange a articulação entre ensino e serviço e a construção de uma formação para o trabalho em saúde pautado nos princípios e diretrizes do SUS, no contexto da pandemia?

Como dito, as Residências Multiprofissionais tem se desenvolvido em um cenário de contradições. Ao mesmo tempo em que se apresenta enquanto uma importante estratégia de educação permanente, também é capitaneada por um conjunto de processos que envolvem a organização da política de educação e saúde do país – principalmente, os advindos do projeto articulado ao mercado, de cunho ultra neoliberal que é desempenhado pelo Estado Brasileiro.

No Serviço Social, as Residências ganham evidência a partir dos anos 2000 e, desde então, a área vem avançando na análise crítica dessa estratégia formativa, especialmente, àquelas referentes aos impactos do direcionamento mercadológico; como também primando por afirmar, no interior dos Programas, a formação crítica e generalista do Serviço Social articulada ao arcabouço teórico-metodológico construído pelo Projeto de Reforma Sanitária nos anos 1980 e dos princípios do SUS.

Nesse sentido, um conjunto de debates já vinha se construindo em torno das Residências, envolvendo: as condições de trabalho na saúde e seu reflexo no desenvolvimento da Residência; a necessidade de efetivação do acompanhamento de tutores e preceptores e capacitação adequada para tal; a utilização dos residentes para substituição de profissionais nos serviços; a carga horária de 60 horas e o adoecimento dos residentes; a busca pela articulação dos projetos pedagógicos com os princípios do projeto ético político do Serviço Social e com os princípios e diretrizes do SUS, entre outros.

No contexto da pandemia, essas contradições se aguçaram o que levou, logo no início, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) a emitir a Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020 de observância do parecer técnico nº 106/2020<sup>8</sup>. Este orientou

---

8 CNS. *Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do

o trabalho/atuação dos Residentes e sinalizou a necessidade de presença da tutoria e preceptoria nos campos de prática como condição indispensável à manutenção dos Programas. No Serviço Social, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) também emitiu nota sinalizando a necessidade de condições de trabalho e acompanhamento da tutoria e preceptoria, afirmando que o “aspecto formativo da residência não pode se perder, mesmo em um contexto atípico como o de uma pandemia” (ABEPSS, 2020, p.1)<sup>9</sup>.

As Residências acompanharam o processo de reestruturação/reorganização dos serviços de saúde provocados pela pandemia: modificação das rotinas profissionais, readequação de espaços físicos, redução de fluxo de profissionais, formulação e cumprimento de protocolos de segurança para assistência aos usuários, utilização de EPI's. E sofreram forte impacto com as restrições e suspensões de cenários de práticas, e da interlocução com as outras áreas profissionais, tendo um recuo no desenvolvimento das ações interprofissionais que buscam efetivar o conceito ampliado de saúde e a integralidade.

No que concerne ao Serviço Social, podemos observar também a intensificação de um conjunto de demandas equivocadas e problematizadas nos Parâmetros de Atuação dos/das assistentes sociais na política de Saúde (CFESS, 2010)<sup>10</sup>, como: comunicação de óbito, gerenciamento de pertences de pacientes internados, contato com familiares para a comunicação de quadro clínico e alta hospitalar.

Acompanhando os processos que envolvem o trabalho e a educação no contexto, dois elementos novos também passaram a atravessar a formação nas Residências: o ensino remoto e o trabalho remoto.

---

Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus-COVID-19. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>. acesso 24 mar 2021.

9 ABEPSS. As residências em Saúde e o Serviço Social em tempos de pandemia covid-19. Brasília: ABEPSS, 2020. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/noticias/as-residencias-em-saude-e-o-servico-social-em-tempos-de-pandemia-covid19-374>. acesso 24 mar 2021.

10 CFESS. *Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 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: 24 mar 2021.

Como é sabido, os Programas de Residência possuem carga horária de 60 horas semanais com duração mínima de 2 (dois) anos, o que equivale a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas que se organizam entre eixos teóricos e teórico-práticos (20% da carga horária) e em atividades práticas (80% da carga horária) (BRASIL, 2014)<sup>11</sup>. A carga teórica e teórico-prática deve ser organizada pelo debate de temas transversais e específicos que envolvem as áreas dos Programas e é um momento de troca e reflexão conjunta entre os sujeitos que compõem as Residências.

Tendo em vista a necessidade de distanciamento social, todas as atividades teóricas e teórico-práticas presenciais foram suspensas e o ensino no formato remoto passou a ser a estratégia adotada para continuidade das atividades. No entanto, conforme aponta Farage (2021)<sup>12</sup> essa modalidade de ensino se apresenta com elementos do processo de contrarreforma da educação no país e traz impactos severos no processo educativo. Dentre esses, destacamos o esvaziamento do processo de ensino-aprendizagem.

Rebatem nas Residências as desigualdades de acesso às tecnologias e diferenças de qualidade de acesso à internet; a redução ou condensação de conteúdos teóricos para adequação ao formato remoto; os entraves de interlocução e interação entre docentes e residentes, dificultando a construção das mediações teoria/prática e a efetivação dos debates coletivos.

O trabalho remoto e os teleatendimentos também se tornaram estratégias perante a interrupção de atendimentos presenciais, levantando um conjunto de discussões éticas e técnicas que culminou no posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Em nota divulgada, CFESS (2020, p.16)<sup>13</sup> alerta para os impactos dessas mudanças no mundo do trabalho e nas condições de trabalho, e os custos gerados para os trabalhadores e as trabalhadoras. Ressalta também a preocupação com a qualidade do trabalho e com os compromissos éticos que são necessários de serem observados e defendidos. Cabe destaque

---

11 BRASIL. CNRMS. *Resolução nº 5 de 07 de novembro de 2014*. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=19&data=10/04/2015>. acesso 25 mar 2021.

12 FARAGE, E. Educação superior em tempos de retrocessos e os impactos na formação profissional do Serviço Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 140, p. 48-65, jan./abr. 2021.

13 CFESS. *Teletrabalho e teleperícias: orientações para assistentes sociais*. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/teletrabalho-telepericia2020CFESS.pdf>. acesso em 25 mar 2021.

a preocupação quanto a dimensão educativa e pedagógica do trabalho profissional que, nesse contexto, “não pode ser substituída por automação, repetição e padronização”.

Dessa forma, a tutoria e preceptoria assumem papel essencial no planejamento das atividades dos residentes, na reorganização dos cenários de prática, com o intuito de garantir o desenvolvimento das habilidades e competências profissionais pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Aqui é fundamental a compreensão do “lugar do residente” dentro dos serviços. O residente deve ser responsável pelo desenvolvimento de seu trabalho, mas não é o profissional responsável pelo cenário de prática das Instituições. Dessa forma, o planejamento conjunto das atividades a serem desenvolvidas pelos residentes e o direcionamento da tutoria e preceptoria na reconfiguração das atividades assume caráter pedagógico crucial nesse momento de reestruturação dos serviços.

Para não retrocedermos a uma formação de profissionais que se limita a um perfil técnico, se mostra essencial à articulação das dimensões da profissão (teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa) com o intuito de afirmar os compromissos com o projeto Ético-Político profissional e com o Projeto de Reforma Sanitária, conforme já expresso nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na política de Saúde.

Nesse sentido, um elemento de destaque na construção formativa nesse período é a importância de uma análise crítica da pandemia, ancorada na determinação do processo saúde/doença. É necessário que os residentes entendam que a pandemia vai além do sentido biológico e que suas consequências são agravadas em países demarcados pela avassaladora desigualdade social, com acirramento das expressões da questão social que rebatem diretamente na vida dos trabalhadores e trabalhadoras que buscam os serviços públicos de saúde.

Reforço aqui a necessidade de avançarmos na concepção de Residência que supere a lógica do treinamento em serviço. As Residências, para efetivação de sua proposta de educação permanente e de qualificação dos serviços de saúde, precisam ser defendidas enquanto estratégia de formação de trabalhadores que articula ensino/serviço. Isso só se faz com o direcionamento dos princípios e diretrizes do SUS, e com o reforço da dimensão pedagógica das tutorias e preceptorias - que devem primar por um acompanhamento sistemático e pela construção de mediações na interlocução teoria/prática.

Nesse contexto de pandemia, é essencial a efetivação dessa concepção com o intuito de construir perfis profissionais qualificados para a afirmação da política pública de saúde e dos compromissos ético-políticos do Serviço Social.

*Marina Monteiro de Castro e Castro*<sup>14</sup>  
Juiz de Fora, quarentena de outono, 2021

---

14 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS/UFJF). Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

## CAPÍTULO 1

# Desafios para a formação das assistentes sociais em tempos pandêmicos: o caso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ

Rachel Gouveia Passos, Amanda de Almeida Sanches,  
Paulo Sérgio Pereira Filho & Sandro Barbosa

## Introdução

O acesso à saúde pública, viabilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e garantido pela Seguridade Social, vem sofrendo severos ataques e retrocessos devido aos cortes ocorridos nos orçamentos públicos e pelo processo de privatização, precarização e sucateamento intensificados nos últimos anos. Devido ao crescente desinvestimento na política de saúde muitos usuários ficam aguardando nas filas dos atendimentos ou tendo que judicializar para acessar aos leitos nas unidades de alta complexidade. A falta de leito agravou-se no contexto da pandemia de COVID-19 e, vem trazendo inúmeros desafios, dentre eles o acesso ao tratamento, já que não há capacidade para atendimento àqueles infectados pelo coronavírus.

De acordo com Matos (2020), no cenário de pandemia, ocorreram mudanças nas rotinas dos serviços de saúde o que acarretou no redirecionamento das prioridades de atendimento. Para o autor, “ao eleger as prioridades, os serviços de saúde precisaram criar uma forma de comunicação com a população usuária. Em geral, se montou na recepção dos serviços um espaço para informar sobre esses reordenamentos” (MATOS, 2020, p. 239). Nesse sentido, sinalizamos que o assistente social tem um papel fundamental nesse reordenamento do processo de trabalho dos serviços de saúde.

O assistente social é o profissional acionado para “resolver” não só o acesso aos atendimentos nos diferentes níveis de complexidade e especialidades do cuidado em saúde, como será o responsável pela organização das visitas nos leitos, do suporte e orientação aos familiares, da orientação aos direitos sociais e trabalhistas, do encaminhamento e suporte em relação às violências, da articulação com as outras políticas etc. Logo, a participação desse profissional visa contribuir com uma intervenção que considera os aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais no processo saúde e doença, possibilitando a viabilização do acesso dos usuários e familiares à política de saúde.

Cabe sinalizar que o Serviço Social é uma profissão da área da saúde, expresso na Resolução nº 218/2007 do Conselho Nacional de Saúde e uma das 14 categorias profissionais mobilizadas para atuar no enfrentamento à pandemia do coronavírus, segundo a Portaria nº 639/2020 do Ministério da Saúde. Portanto, vem sendo uma profissão essencial para atuar frente aos determinantes sociais da saúde, assim como, na necessidade de intervir para diminuir as desigualdades no acesso aos serviços, que, nesse cenário, se agudizam no Brasil. Assim, os assistentes sociais estão na "linha de frente" mediando o acesso aos serviços de saúde e, também, os benefícios socioassistenciais, essenciais na garantia de condições mínimas de sobrevivência para parcela significativa da população brasileira.

Além do Serviço Social compor a equipe de profissionais da área da saúde destacamos a sua participação no processo de formação nas residências multiprofissionais em saúde. As assistentes sociais atuam como preceptoras, tutoras e docentes nessa modalidade de formação. A proposta dos Programas de Residência é formar recursos humanos para atuar na área da saúde, ou seja, constitui-se em uma especialização *lato sensu* por meio de treinamento em serviço, sendo disponibilizada uma bolsa para cada residente, tendo a duração de dois anos.

Para que um programa de residência possa ser ofertado é necessária a existência de uma instituição proponente como responsável pelo projeto pedagógico do curso, seu desenvolvimento e avaliação. Uma outra exigência diz respeito a criação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) que deve ser composta pela coordenação dos programas, tutores, preceptores e residentes; e representação da gestão local de saúde (ABEPSS, 2020).

Segundo o relatório da pesquisa "Mapeamento das residências em área profissional e Serviço Social" elaborado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), foram identificados 232 programas e 496 vagas para o Serviço Social em todo o Brasil. Na região sudeste constatou-se a existência de 79 programas e 158 vagas, sendo ofertado só no Rio de Janeiro 39 vagas. No caso da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) existem cinco especializações nessa modalidade que disponibilizam vagas anuais para o Serviço Social. São elas:

- 1** A *Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher* do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA). Possui 4 vagas para assistentes sociais;
- 2** A *Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade* do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA). Possui 2 vagas para assistentes sociais;

- 3 O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Instituto de Puericultura e Pediatria (IPPMG). Possui 2 vagas para assistentes sociais;
- 4 O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Possui 3 vagas para assistentes sociais;
- 5 A Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB). Possui 5 vagas para assistentes sociais.

Ao identificarmos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ e o número de vagas disponibilizadas para as assistentes sociais, destacamos que essa modalidade de especialização é atravessada tanto pela conjuntura de contrarreformas das políticas de saúde e educação, quanto pelas transformações demandadas pelo atual cenário de pandemia no que diz respeito à organização do trabalho, o que apresenta “inúmeros desafios à conformação das Residências em sua proposta de afirmação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)” (CASTRO; DORNELAS; ZSCHABER, 2019, p. 461).

Nesse sentido, o presente artigo pretende trazer questões suscitadas pela equipe da pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes*<sup>15</sup>, que está sendo desenvolvida no interior da Coordenação de Capacitação Contínua da Escola de Serviço Social (ESS/UFRJ). Logo, o presente capítulo divide-se em duas seções: no primeiro momento objetiva apresentar um breve levantamento da produção do Serviço Social sobre a temática da Residência nos últimos 10 anos, e, posteriormente, será abordado os principais desafios para a formação das residentes assistentes sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro em tempos pandêmicos.

### **O Estado da Arte sobre Residências em Saúde e Serviço Social**

Em 2018, a ABEPSS publicou o relatório “Mapeamento das residências em área profissional e Serviço Social”, que apresentou o estado da arte da produção sobre Residência em Saúde e Serviço Social, entre os anos de 2011 a 2017. Encontrou-se o total de 17 artigos acadêmicos, 36 trabalhos nos anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), 12 nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)

---

15 A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CFCH/UFRJ), tendo parecer aprovado, sob o número 4.453.677. Para o desenvolvimento da mesma conta-se com duas bolsas de iniciação científica aprovadas pelo Edital nº 169 CEG/CEPG 2020, de 13 de maio de 2020.

e 9 produções de teses e dissertações. Foram analisados um total de 71 produções das áreas de Serviço Social e Saúde que apresentam o debate sobre Serviço Social nos programas de Residência.

Desses 17 artigos levantados, no período de 2011 até 2017, a ABEPSS registra as temáticas de cada artigo produzido, são elas:

a produção teórica do Serviço Social sobre a Residência (1), a supervisão de estágio em Serviço Social na Residência (1), o debate sobre a Humanização e a Residência (1), a Participação Popular e a Residência (1), Educação em Saúde e Residência (1), Integralidade e Residência (1) artigo, o trabalho profissional do assistente social na Residência (1), formação profissional do assistente social e Residência (3) e o debate que articula a formação e o trabalho profissional com a Residência (7), mostrando a tendência pela experiência do assistente social com o trabalho profissional. (ABEPSS, 2018 p. 83).

Ampliando o levantamento realizado e abrangendo os anos de 2010 a 2020, foi possível identificar a produção nas seguintes revistas vinculadas ao Serviço Social: Em Pauta (1), Katálysis (3), Libertas (6), O Social em questão (1), Serviço Social & Saúde (7), Temporalis (1), Textos & Contextos (3). Totalizou-se a produção de 22 artigos que tratam sobre a experiência do Serviço Social na Residência. Buscaram-se artigos que envolvessem os seguintes descritores: Serviço Social, Residência, Saúde, entre os anos de 2010 e 2020. Na primeira metade da década, observou-se que a publicação destes artigos se restringiu somente a 3 revistas - Serviço Social & Saúde, Temporalis e Textos e Contextos -, na segunda metade da década, houve uma maior distribuição entre as demais revistas - Em Pauta, Katálysis, Libertas, O Social em questão -, sendo que, a quantidade de publicações manteve a média de 1 publicação por ano, o que significa uma escassez na produção teórica sobre o tema.

Destacamos o período entre os anos de 2018 e 2020 que tivemos 5 produções das revistas pesquisadas: a Revista Libertas publicou em 2020 (1) e 2019 (2); a Revista Social & Sociedade (1) em 2020 e a Revista Katálysis (1) em 2018. As temáticas abordadas foram sobre formação, estado da arte, saúde da família, trajetória histórica da Residência Multiprofissional e a pandemia do COVID-19.

Nas publicações que tratam, especificamente, da Residência em Saúde, existem elementos sinalizados pelos autores que se convergem. Dentre muitos, destaca-se a importância do Serviço Social no interior das Residências em Saúde como um importante fator não só para o fortalecimento de uma perspectiva crítica que

reforça os objetivos da Reforma Sanitária e do próprio Projeto Ético-Político, como também para o estímulo ao trabalho multi/interdisciplinar e a assistência pautada no princípio da integridade e no conceito ampliado de saúde (SILVA; BROTO, 2016; FROSSARD; SILVA, 2016; NEVES; FAVARO, 2017).

Nesses mesmos artigos também são pontuados os principais dilemas: a excessiva carga horária (60 horas semanais); o número insuficiente de profissionais para acompanhar o cotidiano dos residentes; as condições de trabalho, uma vez que os direitos previdenciários dos residentes são extremamente frágeis; e a própria deficiência na rede de saúde que vêm sofrendo constantes ataques neoliberais. Nesse sentido, esses desafios impactam no processo formativo dos residentes (CASTRO, 2013a; SILVA; BROTO, 2016; FROSSARD; SILVA, 2016; NEVES; FAVARO, 2017).

Nas produções identificadas foi possível constatar que o desenvolvimento dos Programas de Residência em Saúde, ao longo da década de 2010 a 2020, são influenciados pelas mudanças conjunturais. O sucateamento, a precarização e o desfinanciamento da política de saúde estão circunscritos ao avanço do ideário neoliberal, que segue desmantelando os equipamentos de saúde, assim como a sua administração, execução e acesso. Desta forma, devido as necessidades de saúde, uma parcela dos usuários acaba tendo que buscar pela assistência privada, outros pela judicialização, enquanto as camadas populares sofrem diretamente os rebatimentos do descaso com a saúde pública (BRAVO, 2006; LIMA, LEMOS, SCHAMALLER, SILVA, 2012).

Os Hospitais Universitários também têm sido alvo das refrações neoliberais, o que impacta significativamente nas Residências Multiprofissionais. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2017), a terceirização dos serviços do sistema hospitalar público brasileiro para a responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), compromete diretamente a autonomia e independência com a produção de conhecimento. Podemos destacar os seguintes impactos: a contrarreforma do ensino superior, a mercantilização do ensino e a desvalorização da pós-graduação lato sensu (CASTRO, 2019).

Sendo assim, as contrarreformas tanto na saúde quanto na educação, atingem o processo de formação e o trabalho das residentes, uma vez que a mesma é assegurada como qualificação de recursos humanos especializados, com a finalidade de materializar suporte a compreensão integral de saúde, garantida e defendida pela Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Residência em Saúde do Serviço Social dispõe de uma carga horária de 60 horas semanais, com 20% voltadas para

as atividades teóricas. Sob um contexto de intensificação do ritmo do trabalho, decorrente do desenvolvimento do modo de sociabilidade capitalista, implica-se em uma sobrecarga de serviço, devido às demandas de alta produtividade que impera nas instituições, mesmo com os recursos e infraestrutura, extremamente precários, o que só aumenta a pressão no trabalho desenvolvido pelos residentes (SILVA; BROTTTO, 2016; SILVA, 2018).

Outra problemática comum às experiências dos residentes nos espaços de trabalho, em que estão inseridos, é a não liberação deles das atividades práticas, para as atividades teóricas, questão atribuída ao trato que recebem de força de trabalho, esvaziando seu caráter de educação permanente em saúde, e interferindo para desqualificar a mesma. Além disso, há um descompasso entre as questões abordadas no currículo, para a realidade que vivenciam nos campos multiprofissionais (ALMEIDA; SALAZAR, 2017).

A interdisciplinaridade é comentada, porém não devidamente contextualizada. Desta forma, em campo, a atuação é pautada pelo modelo fragmentado de saberes, como bem explica Marina Monteiro de Castro e Castro, em seu artigo:

Foi problematizado ainda que na graduação a interdisciplinaridade não se efetiva no cotidiano docente e das disciplinas ministradas. Assim, os saberes são “passados” de forma fragmentada, o que repercute de maneira significativa no modo como o residente irá se inserir nas equipes multiprofissionais. Há também a formação diferenciada entre as áreas de atuação, gerando uma disputa por conhecimento e espaço a partir dos diferentes modos de entender e produzir a saúde (CASTRO, 2013, p. 167).

As análises de tais produções também direcionam para mais um questionamento no que tange os estudos sobre a Residência em Saúde e Serviço Social. Por que as publicações acerca da interlocução dessas áreas são extremamente limitadas? Tal indagação vai de encontro com a pesquisa realizada pela ABEPSS (2018) no qual afirma que

[...] sendo a saúde uma área que ainda hoje emprega grande quantitativo de assistentes sociais; considerando o vasto número de programas de residência, em todo o Brasil, que oferecem vagas para assistentes sociais; e levando em conta que um dos objetivos dessa modalidade de formação consiste no estudo, na pesquisa e na produção acadêmica; sinalizamos a limitada publicação sobre o Serviço Social e a Residência no intervalo temporal pesquisado, especialmente, em revistas de grande circulação na categoria profissional, como a *Temporalis* (com apenas um artigo) e a *Serviço Social e Sociedade* (onde não foi encontrado nenhum artigo) (ABEPSS, 2018, p. 84).

Após a elaboração dessa pesquisa passaram-se dois anos e o ritmo de sistematização, registros e produção de conteúdo sobre Residências em Saúde e Serviço Social ainda apontam para uma estagnação, que dialeticamente, remete a outra indagação: a prática das Residências, de fato, estão incorporando uma formação crítica da realidade social?

Para tanto, é necessário resgatar o horizonte para onde uma leitura e intervenção qualificada da realidade social sinalizam. A Reforma Sanitária, impulsionou o movimento de implementação dos programas de Residência em Saúde, em prol dos princípios basilares do SUS. Logo, a articulação prática e teórica dos programas de Residência surgiu como estratégia de formar uma transversalidade de saberes, em uma relação horizontal das profissões envolvidas, na elaboração de intervenções conjuntas para prezar pelo conceito de saúde integral.

### **As Residências Multiprofissionais da UFRJ e os desafios para a formação em tempos pandêmicos**

Conforme elucidado anteriormente, pensar a residência requer analisar a formação social brasileira, uma vez que existem manifestações particulares as quais reverberam nas condições de trabalho em saúde. Para tanto, é preciso lembrar que a situação da classe trabalhadora brasileira é marcada pela *superexploração* (GONÇALVES, 2018), isto é, não são garantidas nem sequer as condições mínimas de sobrevivência dos/as trabalhadores/as; que também é marcada pela precarização, sendo esta, uma marca sócio-histórica e não apenas conjuntural (SANTOS, 2010).

Ademais, abordar a residência também requer analisar a disputa constante travada entre três projetos de atenção à saúde: o projeto sanitarista; o projeto do SUS possível; e o modelo privatista vinculado aos planos de saúde (SOARES, 2012; COSTA; SOARES, 2020). O primeiro modelo foi fundamental para a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o segundo, diz respeito a uma flexibilização da reforma sanitária e ajustes seguindo os interesses da política econômica. Por fim, o terceiro projeto visa redirecionar, a partir da orientação Estatal<sup>16</sup>, o acesso à saúde - via planos de saúde - através da dinâmica dos indivíduos inseridos no trabalho formal, isto é, propõe-se o retorno a lógica do sistema de saúde anterior à Reforma Sanitária em que o acesso a saúde dos trabalhadores estava, em geral, condicionado

---

16 Segundo Cavalcante (2020), desde 2010 as grandes empresas de planos de saúde realizam um forte financiamento de campanhas eleitorais. Após a ingresso dos candidatos no poder legislativo e executivo, estes financiamentos reverberam em projetos de leis e projetos de emendas constitucionais que visam favorecer a definição de políticas e leis para a expansão dos planos de saúde.

ao emprego formal, colocando em risco a universalidade e a gratuidade do SUS (COSTAS; SOARES, 2020). Desta forma, assim como as ideias neoliberais vem ameaçando a atual política de saúde, não seria diferente sua influência na condução das outras políticas, incluindo a política de educação.

Sendo assim, é neste cenário complexo e contraditório em que as Residências em Saúde estão inseridas, visto que fazem parte da política de saúde e de educação o que as torna, ainda mais, suscetíveis a sofrer as consequências da ascensão das medidas neoliberais.

Com o surgimento da pandemia do novo coronavírus os fatores elencados anteriormente se complexificaram. Esta nova realidade gerou para a Residência em Saúde não só o aprofundamento de adversidades históricas, como também criou novos desafios. Segundo Santos (2020), ao pensar na economia capitalista global, identifica-se que há tempos se vive uma crise econômica permanente, nesse sentido, a pandemia não gerou a crise, apenas intensificou a crise econômica que já estava instaurada desde os anos noventa com a disseminação do neoliberalismo como um projeto econômico global. E como esta crise já está instaurada há tempos, costuma-se utilizá-la como um pretexto para cortar gastos das políticas sociais e diminuir e/ou cortar os salários dos trabalhadores. Quem mais sofre o impacto dessas medidas não são apenas os profissionais de saúde do SUS – incluindo as residentes em saúde - como também os usuários. Nesse sentido, torna-se fundamental elencar os principais desafios para a formação das/dos assistentes sociais residentes em tempos de pandemia.

O primeiro ponto a ser destacado foi a suspensão do funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRS). Tal comissão tem como finalidade a avaliação, supervisão e regulação dos programas de Residência (Lei 11.129/2005). Apesar de seu funcionamento ter sido suspenso em abril de 2019, o período pandêmico exigiu intervenções mais centralizadas, demonstrando que a CNRS é de suma importância para a fiscalização e regulação da formação em serviço. De acordo com Manifesto do Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde (2020), o fechamento da CNRS contraria a legislação e o princípio do Controle Social, impactando no cuidado integral à população usuária do SUS.

Em relação aos desafios da formação em saúde, as aulas foram as que sofreram maiores mudanças. Devido à necessidade do distanciamento social, as atividades acadêmicas presenciais foram transformadas para remotas. Portanto, foi necessária uma

adaptação da nova forma de transmissão de conteúdo, principalmente em relação ao tempo de aula e aos modelos de avaliação.

De acordo com a ABEPSS (2018), as principais estratégias pedagógicas utilizadas durante o processo de ensino na residência são: “[...] aulas expositivas: 84,8%; estudos de caso: 77,7%; rodas de conversa: 60,7%; metodologia ativa: 59,8%. Em “Outras”, foram apontadas estratégias diversas como: discussão de filmes; estudo dirigido, visitas institucionais; aulas dialogadas” (ABEPSS, 2018, p. 65). No cenário de pandemia partes destas atividades supracitadas foram suspensas e restaram as atividades síncronas (como as aulas) e assíncronas (filmes, documentários, *lives*, seminários) através das plataformas virtuais, as quais possuem suas limitações.

No caso da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Escola de Serviço Social, por meio da Coordenação de Capacitação Continuada, disponibilizou duas disciplinas para as residentes do segundo ano: 1) Seguridade Social, ofertada conjuntamente para as residentes assistentes sociais do Instituto Nacional do Câncer (INCA); 2) Estado, Saúde e Divisão Sócio-Racial-Binário-Generificada do trabalho, ofertada conjuntamente para as residentes assistentes sociais do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Além disso, foram encaminhadas para as coordenações indicações de *lives*, congressos, seminários e outras atividades remotas que pudessem contribuir com a formação das residentes para que não ficassem sem suporte teórico em suas formações.

Outro fator importante a ser destacado tem conexão com os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs). Com a restrição de alguns cenários de prática, onde as pesquisas seriam desenvolvidas, diferentes trabalhos precisaram modificar seus objetos, limitando-se as metodologias que não demandassem de uma intervenção direta com o público.

Já em relação às condições de trabalho dos residentes durante a pandemia pode-se elencar aspectos positivos e aspectos negativos. No tocante ao ponto positivo e, de certa forma, também contraditório em um cenário de constante corte de gastos, em abril de 2020, os residentes em saúde começaram a receber uma bonificação<sup>17</sup> no valor de R\$ 667,00 por compor as equipes de enfrentamento da COVID-19. De acordo com o Ministério da Saúde a bonificação perdurará até o fim da pandemia.

Além disso, pensando na segurança de todos os profissionais, foram disponibilizados Equipamentos de Proteção Individuais

---

17 Portaria do Ministério da Saúde nº 580/2020 – Ação estratégica O Brasil Conta Comigo – Residentes na área da Saúde.

(EPIs) e treinamento não só para a prevenção de transmissão e contágio da COVID-19, como também para a utilização correta destes equipamentos.

No que tange aos aspectos negativos pode-se ressaltar o fechamento temporário dos ambulatorios, os quais são importantes cenários de prática para as/os Assistentes Sociais residentes. Durante o período mais restrito, no qual os governos estadual e municipal cancelaram as cirurgias eletivas e as consultas ambulatoriais (a fim de disponibilizar mais leitos de UTI para pacientes com COVID-19 e para evitar um maior número de pessoas circulando pela cidade), a atuação do Serviço Social ficou limitada às enfermarias e ao plantão social, pois os ambulatorios, que fazem parte dos cenários de atuação dos assistentes sociais residentes, precisaram ser fechados.

Ademais, outro fator negativo a ser destacado foi a dificuldade de viabilizar a experiência multiprofissional da Residência neste período. De acordo com a pesquisa realizada pela ABEPSS (2018) com preceptoras, tutoras e coordenadoras 92,1% dos entrevistados/as concordam que existe trabalho multidisciplinar nos cenários de prática da residência, mas, em contrapartida 84,1% também acredita que há dificuldade para efetivação do trabalho multidisciplinar nas Residências. Dada essa constatação, se anteriormente já havia um desafio de realizar um trabalho em saúde com multidisciplinaridade em um contexto normal<sup>18</sup>, a pandemia complexificou ainda mais este problema. Em razão do distanciamento social, a interação com outras categorias profissionais ficou extremamente escassa, tal circunstância impactou na qualidade do processo de formação.

A fim de enfrentar esses dilemas, existem algumas entidades representativas dispostas a contribuir para a superação das problemáticas vivenciadas na residência. O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) é uma dessas entidades e tem como principal objetivo lutar pela garantia aos residentes de condições dignas de ensino e de trabalho. Podem-se elencar diversas reivindicações: o reajuste da bolsa salário<sup>19</sup>; a redução e requalificação da carga horária; o abono das faltas por adoecimento; auxílio alimentação, moradia e transporte; a retomada da CNRS; e a criação de uma Política Nacional de Residências em Saúde.

---

18 De acordo com Matos (2017), o trabalho na área da saúde geralmente reproduz um atendimento multiprofissional com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade onde os profissionais mesmo frequentando o mesmo espaço pouco se falam.

19 De acordo com o FNRS o último reajuste foi em 2016, mas tinha-se como cálculo base o salário de 2014.

Por fim, como uma estratégia para manter uma maior articulação da Escola de Serviço Social por meio da Coordenação de Capacitação Continuada com os programas de Residência em Saúde sinalizamos que foram construídas as seguintes estratégias:

- 1** Criação e constituição do Fórum de Serviço Social das Residências da UFRJ que possui o intuito de proporcionar maior aproximação e articulação entre preceptores, tutores, docentes, residentes e coordenações;
- 2** Criação do professor referência. Cada programa possui um professor da ESS que é referência, o que proporciona maior presença da unidade nos programas;
- 3** Planejamento da oferta de disciplinas que são comuns para todos os programas de Residência proporcionando maior conexão entre os residentes e o processo de formação;
- 4** Articulação com o Serviço Social de outros programas externos a UFRJ. Possibilidade de uma formação que seja intersetorial e interinstitucional;
- 5** Maior diálogo com as coordenações dos programas e das equipes do Serviço Social, a fim de realizar as mediações necessárias no compromisso com a qualificação da formação das residentes;
- 6** Organização da coletânea que sistematize os 10 anos dos programas de Residência em Saúde da UFRJ;
- 7** Articulação com programas e cursos de extensão para proporcionar qualificação as/os residentes e preceptoras/es;
- 8** Permanente articulação com o setor de estágio da unidade;
- 9** Realização de pesquisa que objetiva mapear os impactos da pandemia na saúde e na formação das assistentes sociais residentes;
- 10** Participação em atividades organizadas pela ABEPSS e CRESS/RJ.

### Considerações Finais

A Residência em Saúde dispõe de um caráter atuante e formativo, de forma interdependente, sendo estratégia que tem sua origem e implantação, a partir de ideais da Reforma Sanitária, que visam orientar o processo contínuo de qualificação tanto destes profissionais, quanto do próprio SUS. O Serviço Social, inserido nos programas de Residência em Saúde, representa uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais ocupados pela categoria, e, conseqüentemente, um aprofundamento na viabilização de

direitos sociais para os usuários de tais serviços, de forma que o trabalho exercido tem respaldo na luta democrática que contribuiu com a formulação da Seguridade Social implementada pela Carta Magna de 1988 (PAIVA; RESENDE; PAULO; TOMAZ, 2019).

O estado da arte sobre Residência em Saúde e Serviço Social acusa a intensificação do ritmo de trabalho, acarretando uma sobrecarga de tarefas, causando uma exaustão e adoecimento dos profissionais, que diante da precarização do trabalho e das dimensões da vida social, não dispõem de condições psíquicas e físicas para produzir artigos e sistematizações, oriundos das experiências de seu campo de trabalho, e, assim publicizá-los. Além de terem a infraestrutura e as condições de trabalho afetadas por esse contexto de sucateamento das universidades públicas, por exemplo, que rebate no conhecimento acadêmico a ser produzido.

O recorte temporal da pesquisa, de 2010 a 2020, considera o fator determinante que é a pandemia do vírus COVID-19, que generaliza as questões abordadas, por impactar diretamente na área de saúde, e em todas as formas de trabalho executadas dentro dela.

A crise na saúde pública brasileira, ocasionada por anos de desfinanciamento e sucateamento dos serviços públicos, é acentuada pelo contexto pandêmico do vírus COVID-19, culminando em um cenário de colapso do Sistema de Saúde. Assim, a pandemia traz à tona novas adversidades, no que tange a formação profissional, e a atuação das/os residentes assistentes sociais nas unidades de saúde.

A UFRJ, enquanto instituição proponente de programas de Residências, organiza-se, no cenário de crise pandêmica, pela mediação da Coordenação de Capacitação Continuada, executando o remanejamento das atividades das/os residentes, como a adesão as atividades teóricas em modo remoto, no contexto pandêmico, com intuito de manter a qualidade do ensino continuado e politizar o exercício profissional. Adequar a dinâmica de ensino, pesquisa e extensão, ao momento atual, é importante, pois ainda que a pandemia, seja um período de excepcionalidade que demanda ações urgentes, a dimensão formativa e de qualificação profissional, não pode ser minimizada, afinal, residentes são força de trabalho, e no cenário atual, linha de frente da saúde.

Assim, em um contexto que sucateia a infraestrutura e as condições de trabalho, é importante consolidar a integração entre instâncias organizativas, como a ABEPSS e CFESS, junto a categoria profissional e as universidades públicas, estabelecendo um planejamento de atividades a serem desempenhadas, que respeitem as atividades privativas do Serviço Social.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. *Relatório da pesquisa Mapeamento das residências em área profissional e Serviço Social*. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ABEPSS, Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-2018120311503966\\_27330.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-2018120311503966_27330.pdf). Acesso em: 10.06.2020.
- ABEPSS. *As residências em Saúde e o Serviço Social em tempos de pandemia covid-19*. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ABEPSS, Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/noticias/as-residencias-em-saude-e-o-servico-social-em-tempos-de-pandemia-covid19-374>. Acesso em: 10.06.2020.
- ABEPSS. *Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde: formação, atribuições e competências (LIVE)*. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=2wB-TR3aXE\\_c&t=1672s](https://www.youtube.com/watch?v=2wB-TR3aXE_c&t=1672s). Acesso em: 10/11/2020
- ALMEIDA, W. L.; SALAZAR, S.; N. Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social. *O Social em Questão*, Ano XX, nº 37, Jan/Abr, 2017.
- CASTRO, M. M. C.; DORNELLAS, C. B. C.; ZSCHABER, F. F. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 460-481, ago. / dez. 2019.
- CASTRO, M. M. C. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 349 - 360, jul./dez. 2013<sup>a</sup>.
- CASTRO, M. M. C. O 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. 2013b.
- CFESS. *Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão*. Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSBrochuraResidenciaSaude.pdf>.
- COSTA, L. T. DA C.; SOARES, R. C. Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e Ameaças ao Direito Público. *Revista Ser Social*, v. 22, n. 46, p. 54-71, 27 jan. 2020.
- FROSSARD, A. G.; SILVA, E. C. S. Experiência da Residência Multiprofissional em Serviço Social e cuidados paliativos oncológicos. *Revista Katálysis*, v.19, nº 02, p. 281-288, 2016.
- GONÇALVES, R. Quando a questão racial é o nó da questão social. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 514-522, set./dez. 2018.
- MATOS, M. C. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2<sup>a</sup> edição, 2017.
- MATOS, M.C. A pandemia da COVID-19 e o trabalho dos assistentes sociais na saúde. In: LOLE, A.; STAMPA, I.; GOMES, R.L.R. (Orgs.) *Para além da quarentena: reflexões sobre a crise e pandemia*. Mórula Editorial, Rio de Janeiro, 2020.
- Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde. *MANIFESTO no X Encontro Nacional de Residências em Saúde, 2020*. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/manifesto-movimento-nacional-em-defesa-das-residen/>. Acesso em: 29/11/2020
- NEVES, D. C. A.; FAVARO, T. C. P.; GONÇALVES, C. Á. Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, maio/ago. 2017.
- PAIVA, S. P., RESENDE, L. T., PAULO, M. N. S., TOMAZ, M.O Serviço Social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estado da arte. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 482-497, ago. / dez. 2019
- SANTOS, B.S. *A Cruel Pedagogia do Vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.
- SANTOS, J. S. Particularidades da Questão Social no Brasil: elementos para o debate. *Revista Temas & Matizes*, v. 9, nº 17, primeiro semestre, p. 125-150, 2010.
- SCHMALLER, V. V., LEMOS, J., SILVA, M.G.; LIMA, M. L. L. T. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 11(2), 346 - 361, 2012.
- SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katalysis*, Florianópolis, v. 21, n. 1, jan./abr. 2018.
- SILVA, L. C.; BROTTTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. *EM PAUTA*, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 126 - 149, 2016.
- SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

## CAPÍTULO 2

# As repercussões da pandemia da COVID-19 na Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente: reflexões sobre o espaço de formação e o exercício profissional da/o assistente social

Dilene Francisco Constancio, Dayanna Henrique Gomes Garcia, Thaís Cavalcanti Marques, Thayane Santos Crespo da Cunha, Bárbara Menezes Silva Santos, Cassia Almeida de Oliveira, Flavia de Oliveira Barbosa, Fabiana Holanda & Sandra Rios

### Introdução

O presente artigo foi elaborado a partir das reflexões acerca dos rebatimentos ocasionados pela pandemia do novo coronavírus (COVID-19) no processo de trabalho do Serviço Social e no âmbito da formação ofertada pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, fornecida no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (PRIMSCA – IPPMG/UFRJ). Para realização do trabalho, optou-se por uma pesquisa de natureza empírica, bem como a utilização de revisão bibliográfica integrativa de produções acadêmicas, presentes em plataformas virtuais ou meios físicos, que abarcam discussões de políticas públicas e o sistema de saúde brasileiro no período pandêmico, assim como literaturas que ressaltam o processo de formação continuada na residência multiprofissional nessa conjuntura. Também foram realizadas consultas às legislações brasileiras pertinentes ao tema. Inicialmente, será exposto um panorama do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente da UFRJ, em seguida, abordaremos a atuação do Serviço Social no contexto da pandemia e finalizaremos com discussões relacionadas ao período pandêmico e a formação dos residentes, focalizando no processo de residência do curso de Serviço Social.

### **Panorama do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PRIMSCA)**

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, em seu artigo nº 13, instituiu a Residência em Área Profissional de Saúde, definindo-a como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e para categorias

profissionais da área de saúde, com exceção da área médica. Ainda a partir dessa lei, criou-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Assim, foram formalizados pressupostos para implantação de Residências Multiprofissionais em Saúde, ressaltando a importância da integralidade do cuidado em saúde formado por múltiplos saberes e técnicas de distintas categorias profissionais<sup>20</sup>. O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente (PRIMSCA) do IPPMG/UFRJ<sup>21</sup> foi apresentado e aprovado pelo Ministério da Educação no ano de 2010, tendo sua primeira turma efetivada em 2011. Tal programa surgiu em conformidade ao contexto de expansão do número de Programas de Residências Multiprofissional nos hospitais de ensino no Rio de Janeiro e no país e reorientação da formação de recursos humanos para atuar no SUS, com foco na integralidade e intersectorialidade, comprometida com a gestão democrática e a interdisciplinaridade (MENDES, 2015).

Inicialmente, as turmas de residência eram direcionadas para as áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. No ano de 2014, a partir da autorização do Ministério da Educação (MEC) para ampliação de vagas e bolsas, a categoria de Farmácia passou a fazer parte do Programa. O objetivo principal do PRIMSCA consiste em desenvolver competências fundamentais nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva da integralidade na área de saúde da criança e do adolescente para exercer ações específicas nos diferentes campos dos saberes e práticas das áreas profissionais que o integram, visando o atendimento da rede assistencial na saúde infantil com vistas à consolidação do SUS (IPPMG, 2010).

As atividades do Programa são organizadas em eixo transversal (atividades práticas e aulas destinadas a todos os residentes da turma multiprofissional) e eixo específico que corresponde ao exercício profissional dos residentes no seu próprio campo de atuação, tendo também a realização de aulas específicas formuladas e organizadas por cada categoria. Em relação ao processo de formação continuada disponibilizado em Hospitais Universitários é retratado que:

---

20 Também citam-se como principais legislações que abarcam questões relacionadas as Residências Multiprofissionais: a Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

21 O Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) é uma unidade docente assistencial vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É uma unidade de saúde que presta assistência hospitalar e ambulatorial secundária e terciária, além de desenvolver atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão na área da saúde da criança e do adolescente (IPPMG, 2010).

[...] o Hospital Universitário é o cenário privilegiado para o desenvolvimento dos programas de residência. Em tese, conjuga os elementos necessários à condução das atividades de ensino em serviço, superando o treinamento em serviço. É em si uma instituição que agrega diferentes saberes e desenvolve atividades de ensino e pesquisa como missão institucional. (SILVA et al, 2005, p. 205).

Sendo assim, é importante demarcar o processo de residência como espaço de formação continuada dos trabalhadores da saúde, que supera o “treinamento em serviço” (ibidem), reforçando o aspecto da horizontalidade na relação entre preceptores e residentes como primordial para a construção de aprendizado e conhecimento, tanto para os residentes quanto para os profissionais efetivos. Todavia, a questão da materialização da horizontalidade no cotidiano da prática profissional na residência, ainda é algo desafiador e se impõe como uma demanda importante a ser discutida, sobretudo em relação aos assistentes sociais, residentes, preceptores e equipe multiprofissional.

Em relação à residência multiprofissional, Fernandes et. al (2018) ressalta que ela “[...] estimula e valoriza o trabalho interdisciplinar, orientando a integração de saberes e práticas que permitam a criação de competências compartilhadas com vistas a consolidar o processo de formação em equipe” (p. 236). As diferentes áreas do saber que compõem o programa de residência possuem particularidades e responsabilidades diferenciadas, que enriquecem ainda mais o processo de formação continuada da residência. Isso deve ao fato de que a interdisciplinaridade se contrapõe à fragmentação inerente à divisão social e técnica do trabalho (SILVA; CLOSS, 2020). Ainda sobre a atuação multiprofissional e residência, Mota (2018) afirma que o trabalho com indivíduos e famílias tem como ferramenta importante o trabalho multiprofissional, mas ressalta que esse requer o enfrentamento das dificuldades existentes na formação em saúde em serviço, através do “incentivo ao trabalho em equipe, quebrando paradigmas advindos de uma formação fragmentada e individualizada” (MOTA, 2018, p.190).

Em relação ao eixo específico do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente da UFRJ, tem-se como objetivo formar profissionais capazes de atuar sob a perspectiva crítica, em consonância com o Projeto Ético Político profissional e com os preceitos da Reforma Sanitária, visando contribuir efetivamente na defesa das políticas públicas, viabilizando direitos sociais e fortalecendo a participação social e a luta pelo acesso ao SUS público, gratuito e universal.

Quanto ao processo de intervenção dos preceptores e dos residentes de Serviço Social na área da saúde da criança e do adolescente, podemos destacar como atividades inerentes ao cotidiano de trabalho, como apontado no Projeto Político-Pedagógico vigente no PRIMSCA: prestar assistência aos usuários de forma individual e coletiva, objetivando o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente e suas famílias em todos os níveis de atenção; desenvolver atividades de caráter socioeducativo, com vias a favorecer o protagonismo dos usuários e o controle social; democratizar o acesso às informações acerca dos direitos sociais, recursos no âmbito institucional e da comunidade; identificar as necessidades sociais da população usuária com vias a possibilitar o acesso aos direitos sociais; contribuir para que sejam desenvolvidos programas, projetos, rotinas e ações dentro da instituição, voltados para o público; promover a intersectorialidade, a partir da inter-relação da política de saúde com as demais políticas públicas (assistência social, educação, habitação, trabalho, etc), serviços sociais e outros dispositivos do “Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente”<sup>22</sup>.

Neste contexto, é primordial a atuação profissional com vistas à interdisciplinaridade, uma vez que a profissão possui particularidades que ensejam uma atuação voltada para seu objeto de intervenção, a saber, a questão social. Assim, o assistente social participa da equipe de saúde, de modo a contribuir com o seu saber teórico e seus conhecimentos específicos para enfrentamento da referida questão social que traz rebatimentos no processo saúde-doença da criança e do adolescente, evidenciando os fatores condicionantes e determinantes.

Com isso, rechaça-se o entendimento de saúde apenas pela ausência de doenças, buscando justamente a reflexão da condição de saúde pela totalidade das relações sociais que permeiam a vivência dos usuários, considerando a determinação social no processo saúde-doença, requerendo um entendimento de que os aspectos sociais, psicológicos, culturais e ambientais sejam incorporados nas práticas de saúde, contrariando uma visão fragmentada com foco na “cura”.

---

22 O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente - SGDCA foi instituído em 2006 por meio da Resolução 113 do CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) efetivando as normativas da Lei 8080/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Propõe a articulação e a integração de instituições e instâncias do poder público nas suas três esferas e é composto por três eixos estratégicos: Defesa, Promoção de Direitos e Controle Social, com a finalidade de promover, defender e controlar a efetivação integral de todos os direitos da criança e do adolescente (direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos). Trata-se de um sistema estratégico, para além de um sistema de atendimento, complexo em sua estruturação, que deve promover ações que viabilizem a prioridade do atendimento à infância em qualquer situação (FARINELLE; PIERINE, 2006).

## **Atuação do Serviço Social na alta complexidade e a pandemia do novo coronavírus - desafios para efetivação do exercício profissional**

O Estado brasileiro vem expandindo o projeto neoliberal desde a década de 1990 para atendimento às propostas de retomada da taxa média de lucro por parte do grande capital financeiro que vem se intensificando, sobretudo no atual contexto. Tal projeto se refere ao direcionamento do fundo público às políticas de reajuste fiscal contrárias ao projeto de sociedade preconizado pela Constituição Cidadã. O resultado desse movimento é a precarização de serviços no âmbito das políticas públicas, principalmente nas áreas de saúde e educação, com a utilização de estratégias que incentivam a desresponsabilização do Estado na garantia de direitos constitucionais pactuados com a sociedade.

Com isso, a integralidade do cuidado vem sendo empecilhada cada vez mais pelas estratégias neoliberais de sucateamento do setor público. Para o Serviço Social, como principais entraves observados em nosso cotidiano, citam-se: o descompasso na referência e contrarreferência dos distintos níveis que formulam o SUS e a dificuldade de acionamento dos serviços de outras políticas públicas, principalmente as que constituem o tripé da seguridade social. Isso porque, em razão do sucateamento da atenção básica de saúde, especialmente dos municípios que abrangem a baixada fluminense, muitos casos atendidos na alta complexidade não conseguem ser absorvidos pelo nível primário, ocasionando um inchaço do setor terciário. Nesse ensejo, não tem sido possível realizar um fluxo de intervenção articulado com outras políticas públicas, pois os equipamentos dos territórios, majoritariamente, estão com falta de recursos humanos (profissionais polivalentes, contratos precarizados, etc.) e estrutura (sem carros para realizarem visitas domiciliares, sem infraestrutura física adequada, etc.) para atuarem.

Diante desse cenário, observa-se um desmonte do SUS e do ensino superior público e gratuito, o que acarreta rebatimentos no exercício profissional do Serviço Social, assim como nos processos de formação continuada disponibilizados pelos programas de residência multiprofissionais na área da saúde. Por isso, é de suprema importância realizar discussões sobre os impactos da pandemia do novo coronavírus fazendo referência ao desmonte das políticas públicas. O período pandêmico acarretou um aumento expressivo de casos nas unidades de saúde, exigindo a construção e readaptação de espaços físicos e a formulação de protocolos de segurança para a viabilidade da assistência dos usuários, além da garantia de condições dignas de trabalho para os profissionais de saúde. Toda a rotina

profissional foi modificada para que fossem definidos fluxos de atendimentos, tanto para os infectados pela COVID-19, quanto para a garantia de atendimento dos que iriam iniciar e continuar o acompanhamento em distintos ambulatórios no IPPMG.

Neste contexto, ocorreu uma sobrecarga de trabalho de todas as categorias profissionais, tendo como algumas principais causas: o aumento do número de casos atendidos; processo de ambientação com a utilização de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual); estrutura física precarizada para realizar assistência, ausência de orçamento destinado a estratégias de enfrentamento à pandemia, dentre outras questões. Especificamente, sobre a atuação do Serviço Social nas enfermarias "coorte", a instituição tem demandado constantemente a intervenção da categoria. Diante desse cenário, os assistentes sociais participaram de treinamento prestado pelo setor de Controle de Infecção Hospitalar do IPPMG, garantindo a paramentação necessária para ingresso nesses espaços (locais reservados para atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19), assim como a utilização de forma correta dos EPI's (Equipamentos de Proteção Individual).

Salienta-se que as consequências da pandemia da COVID-19 são agravadas em países demarcados pela avassaladora desigualdade social, como é o caso do Brasil. Junto a isso, também temos uma gestão governamental que desqualifica a gravidade da pandemia, representando uma realidade da "cruel pedagogia do vírus" conforme analisa Santos (2020). As ações e oratórias de descrédito em relação ao potencial letal do vírus é intensificada no estado do Rio de Janeiro, pois temos muitos governantes que apoiam o desgoverno realizado pela era bolsonarista, que são justamente os promulgadores dessas iniciativas negacionistas. Um relatório publicado no dia 13/01/2021 pela organização não-governamental *Human Rights Watch* sobre a situação dos direitos humanos em 100 países, dedicou um capítulo ao Brasil e ao presidente Jair Bolsonaro, que foi criticado por sua postura diante da pandemia do novo coronavírus.

O presidente minimizou a COVID-19, que ele chamou de 'uma gripezinha'; se recusou a tomar medidas para se proteger e proteger as pessoas ao seu redor; disseminou informação enganosa; tentou impedir os estados de impor regras de distanciamento social. Sua administração tentou ocultar os dados do COVID-19 do público. Ele demitiu seu ministro da Saúde por defender as recomendações da Organização Mundial da Saúde e o ministro substituto desistiu em oposição à defesa [feita por Bolsonaro] a um medicamento não comprovado para tratar a COVID-19. (WORD REPORT, 2021).

Portanto, neste contexto, percebe-se a necessidade de (re)criar novas formas de intervenção da atenção à saúde de crianças e adolescentes. Desse modo, faz-se imperioso analisar as demandas das famílias e de suas crianças a partir da inserção de classe, raça e gênero, de como se inserem no mercado de trabalho atravessado por novas configurações, as suas formas de participação na comunidade, garantia de respeito às expressões culturais, entre outras determinações para a realização de uma atuação crítica no período pandêmico. Tomando as considerações de Vasconcelos (2010) sobre o espaço contraditório e privilegiado dos HUs (Hospitais Universitários), o processo de trabalho em saúde pode reproduzir as relações sociais hegemônicas, mas também propiciar a crítica às práticas que atendem ao projeto de desmonte de políticas públicas, pois “[...] como espaço de ensino, pesquisa e assistência [...] possibilita a produção de conhecimento e de críticas às práticas vigentes; e promove a formação de multiplicadores na busca da implementação e ampliação do SUS” (VASCONCELOS, 2010, p. 251).

Em suma, o atual contexto de desmonte das políticas públicas, retratando sua incidência profunda no SUS, ocasionam a inviabilização das condições objetivas para a materialidade dos princípios e ações norteadoras das Residências Multiprofissionais. Os desafios apresentados pela pandemia aos serviços de saúde também impactam na especialização dos profissionais em formação. As vicissitudes se manifestam desde urgentes mudanças para os residentes assumirem novos cenários, antes nem tanto explorados, até na participação de novas estratégias juntos à reformulação do processo de trabalho. Com isso, no tópico seguinte abordaremos mais questões relacionadas ao processo de formação dos residentes de Serviço Social do IPPMG e os impactos ocasionados pela pandemia do COVID-19.

### **Rebatimentos da pandemia da COVID-19 no processo de formação dos residentes e no cotidiano de trabalho dos Assistentes Sociais**

Podemos verificar que o contexto de pandemia trouxe uma série de rebatimentos no trabalho do assistente social inserido na política de saúde e conseqüentemente na formação e qualificação do profissional neste campo. Vivenciamos alterações consideráveis no processo de trabalho nos meses iniciais da pandemia, uma vez que, o plano de contingência institucional para a contenção da COVID-19 contou com a suspensão de consultas ambulatoriais eletivas, com a estruturação de um serviço de pronto atendimento (SPA) para recepcionar crianças e adolescentes com sintomas sugestivos para a doença, a suspensão de atividades em grupo, dentre outras ações, como já citado no tópico anterior.

Destacamos que o início dos primeiros casos confirmados de COVID-19 no país<sup>23</sup> e repercussões da pandemia coincidiram com o início da turma de Residência Multiprofissional de 2020 do IPPMG. A programação de recepção e atividades de ambientação que seriam realizadas ao longo do primeiro mês foram canceladas, logo na segunda semana de início do semestre letivo.

Convivemos com um cenário permeado por muitas tensões e incertezas, com o desconhecimento da doença, o medo e a tensão para realizar as atividades de trabalho, o que trouxe um grande impacto na saúde mental dos profissionais de saúde e consequente para os residentes. Para esses, de forma geral, houve a suspensão de passagem em cenários de prática (os quais se referem à inserção em ambulatórios especializados como diabetes, dermatite atópica, gestantes de alto risco, etc.), a suspensão de atividades teóricas presenciais, mantendo as atividades práticas com a preocupação de garantir a segurança dos residentes, ao mesmo tempo em que era necessário garantir o atendimento da população usuária da unidade pediátrica.

Em razão de tais alterações, houve a necessidade de uma série de ajustes na organização das atividades distribuídas aos residentes. No que diz respeito às atividades teóricas oferecidas aos residentes, progressivamente as disciplinas de eixo comum a todas as categorias profissionais e de eixo específico, foram sendo retomadas de forma remota, atendendo as recomendações de distanciamento social e medidas de prevenção para contenção da pandemia da COVID-19. As atividades *online* representaram mais um desafio, não só para a participação dos residentes, mas também para os técnico-administrativos e docentes envolvidos na condução do programa. Cabe salientar que, neste contexto, foi realizado um período de adaptação em relação às atividades remotas, uma vez que as atividades teóricas ou teórico-práticas eram eminentemente presenciais.

No âmbito da média e alta complexidade, área em que o IPPMG está inserido, a principal materialização do desmonte da esfera pública ocorre principalmente no corte de verbas, o que incidiu no fechamento de 1 (uma) enfermaria, composta por 8 (oito) leitos e a redução dos leitos da UTI destinados para os casos respiratórios graves. Atualmente contamos apenas com 2 (dois) leitos de isolamento destinados aos casos graves da COVID-19. Também, a restrição de verbas do Governo Federal implicou na redução do horário de funcionamento da Emergência. Na articulação intersetorial com a rede de serviços, a pandemia trouxe impactos

---

23 O primeiro caso confirmado de COVID-19 no Brasil ocorreu no interior de São Paulo, no dia 26/02/2020 e o primeiro óbito por COVID-19 ocorreu em 17/03/2020 (BRASIL, 2020).

diretos no processo de trabalho, pois foram reestruturados os serviços socioassistenciais, tendo seus horários de funcionamento alterados ou suas atividades suspensas, além da criação de novas estratégias de intervenção por parte de diversos órgãos e instituições, como a disponibilidade de serviços de maneira remota.

No entanto, mesmo diante de um contexto tão adverso e de distanciamento social, ainda assim foi possível perceber alguns avanços, dentre os quais podem ser destacados a criação da Coordenação de Capacitação Continuada da ESS/UFRJ<sup>24</sup> e consolidação do Fórum de Serviço Social das Residências da UFRJ, que congrega representantes de todos os Programas da universidade em que tenha a participação do Serviço Social. Uma iniciativa que tem a proposta de viabilizar a aproximação entre a unidade acadêmica e unidades hospitalares, responsáveis pela execução dos programas. Também pode-se citar como algo positivo a parceria e cooperação entre os Programas de Residência da própria UFRJ, INCA (Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva) e continuidade da parceria com o IFF (Instituto Fernandes Figueiras da FIOCRUZ), para a disponibilização de aulas teóricas de disciplinas que abarcam a política de saúde e a intervenção do Serviço Social. Tais iniciativas têm possibilitado a inserção dos Assistentes Sociais residentes em disciplinas que discutem temáticas importantes e necessárias para a formação de profissionais atuantes no SUS.

Diante dos desafios impostos pela pandemia, o PRIMSCA e especificamente o Serviço Social, efetivaram o processo de formação continuada, bem como o fluxo de atuação profissional, de acordo com as estratégias e possibilidades existentes no período. A tensão e o medo embasaram nosso cotidiano profissional, fazendo com que a equipe se unisse, reafirmando o papel do Serviço Social como profissão da saúde vinculado com a classe trabalhadora.

### Considerações finais

O cotidiano dos profissionais do IPPMG sofreu grande impacto devido as demandas impostas pela pandemia de COVID-19. A reorganização dos fluxos de atendimento, suspensão de

---

24 A Coordenação de Capacitação Continuada da ESS/UFRJ criada em 2020, sob a direção da Professora Rachel Gouveia, foi responsável pela constituição do Fórum de Serviço Social das Residências da UFRJ que conta com a participação de Coordenadores, Tutores acadêmicos e Tutores de campo, assim como representantes de residentes da área de Serviço Social de cada Programa. Através do Fórum foi possível pensar em estratégias para favorecer o oferecimento de disciplinas de eixo específico, parcerias intra e extra institucionais, assim como outras iniciativas que contribuíram para a qualificação e formação dos assistentes sociais residentes, em especial neste momento de pandemia.

atendimentos ambulatoriais, suspensão da modalidade de atendimento em grupo, ênfase no atendimento através do plantão social, dentre outras modificações na rotina institucional trouxeram mudanças consideráveis para o processo de formação dos residentes no PRIMSCA e para a atuação da categoria do Serviço Social como um todo.

Em contrapartida, podemos perceber que, embora tenhamos sido confrontados com inúmeros desafios para garantia de continuidade das atividades do programa de residência multiprofissional do IPPMG, percebemos alguns avanços, como a parceria com a Escola de Serviço Social da UFRJ e a vinculação com o programa de residência de Serviço Social do INCA para o fornecimento de disciplinas relacionadas a política de saúde e a atuação do Serviço Social.

Em suma, apesar dos limites impostos pela pandemia do COVID-19, o fluxo de formação dos residentes foi oportunizado de acordo com as condições objetivas presentes. Em todo o processo de enfrentamento da pandemia, a presença de residentes foi crucial para a formulação de estratégias de atuação frente às demandas institucionais e da população usuária. Com o contexto de medos e incertezas, reafirmamos nosso compromisso profissional com a população usuária do serviço e com a qualidade dos serviços prestados. Projetamos nossa atuação profissional conforme os critérios de prioridade estabelecida pela necessidade da reestruturação dos serviços impostas pela pandemia do novo coronavírus, mantendo as nossas atribuições privativas e competências profissionais.

#### REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, L. S.; CHAVES, A. R.; LIMA, R. C. M. (Orgs.). *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em Oncologia*. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos\\_em\\_saude\\_publica\\_2018\\_completo\\_ok\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos_em_saude_publica_2018_completo_ok_0.pdf)
- BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial 07 - COE Coronavirus 06 de abril de 2020*. [Acesso em 05 de dezembro de 2020] Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-07-MS-06-04-2020.pdf.pdf>
- FARINELLE, C. C.; PIERINI, J. O Sistema de Garantia de Direitos e a Proteção Integral à criança e ao adolescente: uma revisão bibliográfica. *O Social em Questão* - Ano XIX - nº 35 - pg. 63- 86, 2016.
- FERNANDES, C.; MARTINS, G. B; MAIA, P. B.S.S.; GONÇALVES, L. R. *O Serviço Social na Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. In: SIQUEIRA, Kássia de Oliveira; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; CHAVES, Ana Raquel; LIMA, Renata Cristina Mendes (Orgs.). *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em Oncologia*. Rio de Janeiro: Ed INCA, 2018. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos\\_em\\_saude\\_publica\\_2018\\_completo\\_ok\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos_em_saude_publica_2018_completo_ok_0.pdf)

- HUMAN RIGHTS WATCH. Site principal. Disponível em: <https://www.hrw.org/> Acesso em: 27 jan. 2021.
- INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA. *Projeto Pedagógico de Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde - Processo de Autorização do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente*, 24p, 2010.
- MARTIN, A. C.; VIDAL, D. L.C. *O SUS e suas crianças: repensando demandas e questões para o serviço social*. São Paulo: Hucitec, 2020.
- MATOS, M. C. de. *Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013, p. 53-67, CFESS.
- MENDES, A. G. *Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social*. In: Silva, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.). *Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, São Paulo: Papel Social, p.183-199, 2013.
- MOTA, K. S. *Desafios e possibilidades de atuação do Assistente Social em uma equipe multiprofissional: um estudo a partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*. In: SIQUEIRA, K. O.; ALCÂNTARA, L.S.; CHAVES, A. R.; LIMA, R. C. M. (Orgs.). *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em Oncologia*. Rio de Janeiro: Ed INCA, 2018. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos\\_em\\_saude\\_publica\\_2018\\_completo\\_ok\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dialogos_em_saude_publica_2018_completo_ok_0.pdf)
- SANTOS, B. S. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Editora Almedina, 2020.
- SILVA, L.B.; CAPAZ, R. *Preceptoria: Uma interface entre educação e saúde no SUS*. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Editora Papel Social, 2013.
- VASCONCELOS, A. M. de. *Universidade e saúde: formação profissional para o sistema único de saúde?* In: DUARTE, M.J. et al (Orgs.). *Política de saúde hoje: Interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais*. Campinas: Papel Social, 2014.

### CAPÍTULO 3

## **Residência Multiprofissional em Saúde do HUCFF: trajetória histórica e desafios da Preceptoría de Núcleo de Serviço Social intensificados pelo contexto da pandemia da COVID-19**

Andreia de Albuquerque Trindade, Alessandra do Nascimento Frazão, Camila Oliveira Carvalho, Célia Regina de Jesus, Cintia da Silva Cunha, Claudia Gregório de Brito, Elis Cardoso Lago, Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho, Graziani Araujo de Lima da Nobrega, Janete Duarte Bastos, Laís Godinho Busquet Soares, Natalina Ribeiro Brito, Paula Freire Novaes Silva, Soraia da Silva Rondão do Nascimento, Taiane Batista de Oliveira, Vanessa Barreto Corrêa Passos & Vania Dias de Oliveira

### **Introdução**

Este artigo configura-se como uma construção coletiva dos assistentes sociais preceptores que integram a equipe de Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e tem como finalidade, sob a ótica da teoria crítica marxista, apresentar a experiência a partir da implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (PRIMS) do HUCFF há uma década. Além disso, pretende contribuir com o debate do Serviço Social acerca dos dilemas, desafios e as possibilidades de ações que qualifiquem o exercício profissional de todos os sujeitos envolvidos (residentes, preceptores e tutores) no processo de formação profissional da residência multiprofissional em saúde.

O presente capítulo encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente apresentaremos o resgate histórico da implantação dos programas de residências multiprofissionais em saúde no Brasil e no HUCFF/ UFRJ e a inserção do Serviço Social neste contexto. Posteriormente, problematizaremos a experiência dos preceptores de núcleo e discutiremos os desafios impostos aos assistentes sociais para a realização e manutenção das atividades de preceptoría no contexto da pandemia da COVID-19.

### **Resgate Histórico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HUCFF/UFRJ**

No ano de 2009, o HUCFF/UFRJ se associou ao movimento promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com vistas à implementação do PRIMS, cujo objetivo recai sobre a formação de profissionais para atender aos princípios do Sistema

Único de Saúde (SUS), conforme prevê a lei 8080/90 e a função social da universidade pública. Deste modo, em 01/02/2010, o HUCFF recebeu a primeira turma de residentes multiprofissionais, composta por profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A implantação do PRIMS ocorreu não somente no Complexo Hospitalar da UFRJ, mas como nos 46 hospitais de ensino do país que aderiram aos programas e encontraram circunscrita a um universo significativo de problemas, os quais impactam o desenvolvimento das ações com base no que foi preconizado pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Dentre os principais desafios, destacam-se:

- 1** Subfinanciamento das políticas de educação e de saúde: sucateamento da instituição e limitação de recursos humanos no hospital;
- 2** Processos de trabalho das profissões da saúde sob o impacto da gestão pública orientada por princípios do mercado;
- 3** O risco da entrada da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), de sua lógica gerencial de mercado, desconsiderando a vocação de ensino, pesquisa e extensão dos HU's;
- 4** Extensa carga horária prevista para a Residência Multiprofissional: 60 horas;
- 5** Atribuições do preceptor e do tutor;
- 6** Ausência de uma política de incentivo à qualificação de tutores e preceptores;
- 7** Tensão nos serviços, muitas vezes, em função da dialética posta entre relações de poder/ hierarquia institucional versus indefinição acerca do lugar do residente no Serviço (estudante ou profissional?);
- 8** Necessidade do entendimento de que a prática interdisciplinar exige, sobretudo, o esforço de troca e diálogo.

Nesse contexto de contrarreforma na universidade, o PRIMS desde a sua implantação, em 2010, tem participado do processo de reestruturação das universidades brasileiras em meio à requisição de qualificação de trabalhadores para a política pública de saúde, ao expressar o binômio "formação continuada" versus "trabalho precarizado", nos termos de Granneman (2015).

Especificamente, no caso do Serviço Social, a partir de sua inserção no PRIMS do HUCFF, é possível identificar a inexistência de um projeto político-pedagógico para a residência multiprofissional que delimite a participação dos docentes da

Escola de Serviço Social da UFRJ (ESS)<sup>25</sup>, remetendo esse a uma atuação com base na informalidade, sem dispor de carga horária reconhecida para o exercício da docência e/ou da tutoria e preceptoria nesses programas. Segundo Silva e Castro (2020), podemos verificar que são atribuídas aos tutores e preceptores grandes responsabilidades no desenvolvimento e na avaliação dos programas de residência e que os dois importantes sujeitos do processo de formação profissional não são capacitados de forma contínua para construir as atividades que lhes são designadas. As autoras ressaltam que Closs (2013) e Castros (2013b) também “observaram que essas funções são, em alguns casos colocadas ao profissional, enquanto demanda institucional sem a contrapartida da qualificação, o que pode gerar entraves na compreensão da proposta da residência” (SILVA; CASTRO, 2020, p. 132).

Diante desse contexto, a preceptoria de núcleo do HUCFF, durante os 10 anos de desenvolvimento da residência na unidade hospitalar, assegurou a realização de atividades com base nas dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas do Serviço Social. Dentre as principais atividades desenvolvidas por residentes e preceptores/tutores de campo nesse período destacamos: Semana de Recepção dos Residentes, Café Científico, Supervisão Integrada, Estudo de Casos, Grupo de Aprendizagem Tutorial Ampliada, Rodas de Conversa e oficinas temáticas em parceria com Projetos de Extensão da ESS, participação em eventos sobre residência multiprofissional internos e externos à instituição, intercâmbio interno e externo.

Dentre as ações desenvolvidas pela preceptoria no sentido de propiciar a visibilidade e relevância da residência multiprofissional, destaca-se: a inserção da residência multiprofissional na VIII Jornada de Intercâmbio de Trabalhos de Serviço Social na Área da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, evento organizado pelo Serviço Social do HUCFF, em 2012, sob o título de “I Mostra de Produção Técnico-Científica da Residência Multiprofissional”. Em 2018, o Serviço Social do HUCFF coordenou em parceria com a ESS-UFRJ o Curso de Extensão “O Trabalho e a Formação do Serviço Social na Residência Multiprofissional”, cujo objetivo era a qualificação da preceptoria de núcleo do Serviço Social com base na proposta de Educação Permanente do conjunto CFESS/ CRESS (Conselho Federal de Serviço Social/ Conselho Regional de Serviço Social).

---

25 Desde a implantação do PRIMS a equipe do Serviço Social realizou investimentos consistentes no sentido de efetivar a relação com a unidade acadêmica. Contudo, não se obteve avanços concretos, permanecendo o estabelecimento de relações informais. No ano de 2018, a chefe do serviço social/HUCFF enviou uma carta a Direção da ESS/UFRJ recém empossada à época. Nesta foi solicitada a oferta de disciplina e a indicação de um docente para acompanhamento pedagógico do campo. Desse modo, iniciou-se um processo de diálogo com a inclusão das outras Residências da UFRJ.

## A experiência da Preceptoría de Núcleo de Serviço Social no HUCFF

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde definem quatro eixos de atuação: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Este último, envolve a criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e a preceptoría de residentes, sendo fundamental a articulação com as unidades de ensino.

Nesse sentido, ao considerarmos a preceptoría em Serviço Social, torna-se importante destacar a articulação das três dimensões do trabalho profissional: técnico- operativa, ético-política e teórico- -metodológica, bem como, considerar os determinantes sociais do processo de saúde e doença e os princípios constitucionais do SUS, já que o cenário de atuação ocorre no âmbito da saúde pública.

Cabe pontuar que segundo a Resolução nº 2 de 2021 da CNRMS, artigo 13, a "função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista" (BRASIL, 2012, não paginado). Na experiência da preceptoría no HUCFF, observamos o acúmulo das atribuições de supervisor de estágio, preceptor e tutor da residência multiprofissional, somado as atribuições que envolvem o trabalho profissional no âmbito do serviço.

Consideramos que debate sobre preceptoría e tutoría, dialoga com o debate sobre a supervisão em Serviço Social. A competência de supervisão direta das atividades práticas vivenciadas no cotidiano exige do profissional a capacidade de saber criticar, propor, criar, atualizar-se, saber transmitir e ter sensibilidade para escutar e trabalhar com o outro (LEWGOY, 2009, p.20). Desse modo, são inúmeras as competências desse profissional, sendo possível observar aspectos híbridos do desenvolvimento do trabalho de preceptor de núcleo, uma vez que, durante a maior parte da década, a residência do HUCFF não contou com apoio efetivo de tutoría acadêmica<sup>26</sup> de Serviço Social.

---

26 De acordo com a Resolução nº 2 de 2012 da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, a função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoría de núcleo e tutoría de campo.

A responsabilidade em exercer o papel de preceptor de núcleo tem se mostrado multifacetada, pois envolve o acompanhamento do residente multiprofissional na relação com os outros profissionais de saúde, nas atividades acadêmicas e na assistência direta à população usuária. O preceptor constitui-se como conector dessa formação, visto que envolve o solo concreto da intervenção do trabalho coletivo em saúde, com requisições no exercício da docência, uma vez que ministra aula em disciplinas, orienta trabalhos de conclusão de residência (TCR) e participa da avaliação do processo pedagógico. Desse modo, seguimos em consonância com os apontamentos de Guerra e Braga (2009, p.5) que sinalizam a supervisão como uma “atividade imprescindível à formação não só acadêmica, mas direcionada para a formação e capacitação profissional permanente, que detém a possibilidade de orientar o aprimoramento da intervenção profissional”.

A implantação do PRIMS no HUCFF motivou os profissionais a buscarem a qualificação recorrendo a cursos de pós-graduação *stricto* e *lato sensu*, devido a exigência de qualificação mínima imposta pelos regulamentos dos programas de residência, bem como, pela necessidade de aprimoramento profissional, tendo em vista a ausência de políticas de capacitação pedagógica dos preceptores da residência multiprofissional no âmbito de uma proposta de educação permanente e/ou continuada, conforme previsto na Resolução nº 02 de 2012 da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. Dessa forma, observamos que a iniciativa pelo processo de qualificação é oriunda do desejo dos profissionais de suprir esta lacuna e consequentemente resultou na mudança qualitativa do perfil da equipe de preceptores do Serviço Social<sup>27</sup>.

Ademais, considerando a inexistência de ações voltadas para a qualificação de preceptores, estes foram incentivados a participarem de atividades organizadas pela Seção de Planejamento e Educação Continuada<sup>28</sup> do Serviço Social do HUCFF destinadas à capacitação profissional, tais como: desenvolvimento de oficinas preparatórias para o mestrado/doutorado e concessão de horas de estudo para qualificação da equipe e mais recentemente do curso de extensão universitária sobre preceptoria.

---

27 Em 2010 o serviço contava com 23 assistentes sociais, deste quantitativo, 02 se encontravam com doutorado em andamento, 15 tinham especialização. Já em 2020, identifica-se 26 assistentes sociais no quadro de pessoal do serviço, 01 doutora, 04 com doutorado em andamento, 04 mestres, 02 mestrandas e 15 especialistas (Relatório de Gestão do SS/HUCFF, 2014).

28 O Serviço Social do HUCFF é composto pela chefia e 3 seções: Seção de Planejamento e Educação Continuada, Seção de Pacientes Internos e Seção de Pacientes Externos. A seção de Planejamento e Educação Continuada é a seção responsável pela coordenação das atividades de ensino do serviço, dentre elas a atividades teórico-pedagógicas da residência, na área de Serviço Social e ações voltadas para a qualificação da equipe.

A ausência de qualificação para o desempenho dessa atividade pode favorecer um atravessamento na sistematização da prática da residência, provocando, entre os profissionais envolvidos, dúvidas e a impressão do “não lugar do residente”, uma vez que, em alguns momentos, existe a expectativa de autonomia e supervalorização da força de trabalho para dar conta das atividades impostas pelo cotidiano em detrimento da formação; e em outros, existe a expectativa de uma ação tutelada neste mesmo contexto. A respeito deste dilema, Mendes e Vidal (2018) salientam a situação de ambiguidade dos residentes que ora identificam-se ou são identificados como profissionais de saúde como responsabilidades inerentes da profissão, ora veem-se ou são vistos como estudantes em formação profissionais através do desenvolvimento de práticas em saúde.

Os elementos apresentados se constituem como uma das interfaces do processo de precarização do trabalho, sobre o qual a residência multiprofissional em saúde se ergue. Esta orientação tem sido aprofundada nos limites da austeridade do contexto social e político vigente, dificultando, assim, a execução do trabalho profissional com base na Educação Permanente em Saúde e nos princípios do SUS, ou seja, comprometendo diretamente a formação profissional e a qualidade dos serviços prestados à população usuária.

Destarte, podemos afirmar que a experiência como preceptores tem demonstrado a importância de os assistentes sociais buscarem constantemente o aprimoramento profissional em consonância com o Projeto-Ético Político da Profissão e o Projeto de Reforma Sanitária, considerando a necessidade de uma postura crítica frente os retrocessos e ataques às Políticas Sociais.

### **Desafios e possibilidades da preceptoria no contexto da pandemia**

A chegada da COVID-19 no Brasil<sup>29</sup> demandou respostas do ponto de vista sanitário, social e econômico, e na organização do sistema de saúde. O HUCFF passou a ser um braço importante no processo de enfrentamento à pandemia no Estado do Rio de Janeiro, recebendo usuários acometidos pelos agravos da doença. Para tanto, foram necessárias mudanças na estrutura institucional e estratégias de atendimento simultâneo de setores para pacientes com e sem a COVID-19 e que permitissem assistir

---

29 Segundo informações oficiais, já em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde no Brasil declarou emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), pela Portaria GM/MS nº 188, 03/02/2020.

os usuários habituais, bem como aqueles admitidos através do sistema de regulação<sup>30</sup>.

O Serviço Social, como parte essencial do atendimento aos usuários e familiares da unidade, também foi afetado por tais mudanças com rebatimentos diretos em seu fazer profissional. Por consequência, o cenário da prática profissional, no qual se estabelece a inserção das residentes de Serviço Social, foi tomado por uma gama diversificada de desafios inéditos e sem precedentes a serem enfrentados no cotidiano do serviço.

No que se refere à preceptoria em Serviço Social, a equipe teve como uma das principais preocupações garantir o processo ensino-aprendizagem-assistência em um cenário de constantes mudanças e cercado de tensões desencadeadas pelo risco iminente de contágio. Neste sentido, um dos grandes desafios foi transformar o local de trabalho em um ambiente seguro para preceptores e residentes. Sendo assim, observando as recomendações do Ministério da Saúde<sup>31</sup>, o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), passou a fazer parte do cotidiano do Serviço Social.

A saúde mental dos trabalhadores que compõem a linha de frente no combate à COVID-19 também sofreu um grande impacto, tanto por fatores impostos pelo próprio trabalho, como a sobrecarga laboral, suspensão de férias e cobertura de profissionais afastados, quanto por fatores relacionados aos aspectos sociais e familiares, como a diminuição da renda e o distanciamento social que, entre outros aspectos, contribuíram, sobremaneira, para elevação dos níveis de estresse, ansiedade e demais transtornos de ordem psicoemocional. Houve grande esforço dos preceptores em contextualizar, problematizar e discutir o cenário inesperado como também em lidar com o medo, angústias, incertezas e perdas estruturais.

Diante da necessidade de redefinição do fluxo de atendimento da instituição, face ao aumento no quantitativo de usuários atendidos na unidade, os assistentes sociais passaram a se revezar a fim de garantir a cobertura de todas as frentes que demandavam sua atuação e minimizar tanto a sobrecarga de trabalho, quanto o desgaste emocional dos profissionais, já que, em alguns setores, havia um volume maior de atendimentos e em outros, uma maior exposição ao risco de contágio. Se por um lado, a rotatividade

---

30 <http://www.hucff.ufrj.br/noticias/destaque/1541-coronavirus-hucff-e-dividido-em-alas>

31 BRASIL, Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/16/01-recomendacoes-de-protecao.pdf> acesso em: 28 de Out de 2020.

dos profissionais e a necessidade de respostas imediatas a demandas cada vez mais diversas e complexas prejudicaram o planejamento das atividades voltadas para a residência, por outro lado, a organização da equipe para enfrentar os dilemas advindos da pandemia e o processo de pensar a estruturação do trabalho em cada frente de atuação se mostrou um espaço fecundo de reflexão e amadurecimento para preceptores e residentes de Serviço Social, proporcionado pelo diálogo acerca da prática profissional em um contexto tão adverso e cheio de tensões.

O Serviço Social teve um papel de destaque no processo de reorganização das rotinas internas. A proximidade deste profissional com os familiares e suas demandas possibilitou identificar lacunas do serviço de saúde, potencializando o processo de aprimoramento institucional no contexto da concretização das políticas sociais, em especial, as de saúde. O Serviço Social é uma profissão que objetiva não só o cumprimento das normas estabelecidas, mas também, garantir que as normas e rotinas contemplem, ainda que minimamente, os direitos dos usuários do SUS, suas demandas, a humanização do processo de hospitalização e atendimento. Possibilitando, com isso, que o processo de hospitalização não impacte negativamente no acesso aos demais direitos sociais.

Dessa forma, é importante sinalizar que as medidas de afastamento social<sup>32</sup> estiveram presentes, e continuam, na dinâmica cotidiana de trabalho dentro da unidade hospitalar, trazendo impacto ao trabalho profissional do assistente social: nas possibilidades de diálogos em equipe, momentos de discussão coletiva e preceptoria; na reorganização do serviço, o que demandou criatividade no processo de planejamento do trabalho; nas possibilidades de atendimento e acesso ao usuário e familiares, e, na retomada do planejamento e reorganização das atividades acadêmicas da preceptoria.

Para tanto, o Serviço Social, diante das restrições impostas, entre elas, o contato direto com os usuários, precisou implementar estratégias de ação e realizar seus atendimentos através de contato telefônico, visando manter os usuários informados sobre seus direitos, bem como, garantir a saúde de seus profissionais. Tal formato de trabalho possibilitou uma série de discussões éticas e técnicas, por tratar-se de um modelo de trabalho até então não utilizado, demandando do preceptor o entendimento

---

32 No início de fevereiro de 2020, apesar de ainda não ter casos registrados no Brasil, o Ministério da Saúde dispôs sobre medidas de enfrentamento a essa emergência em saúde pública (através da Lei nº 13.979, 06 de fevereiro de 2020), apontando como uma das principais medidas o *isolamento social* e a *quarentena*.

sobre os objetivos profissionais, a função social da profissão, bem como, uma leitura crítica do contexto e da realidade que se apresentava. Matos (2020) reconhece a importância de recursos como o “atendimento remoto” em situações tão adversas, mas ratifica que o recurso a estratégias como essa visa dar continuidade ao processo de trabalho, precisando apresentar uma funcionalidade no contexto da intervenção profissional.

Portanto, ao longo de todas as mudanças ocorridas, buscamos reafirmar o projeto ético-político profissional, por meio da articulação e criação de estratégias que dialogassem com a defesa intransigente do projeto da reforma sanitária e seus princípios, haja vista a relação entre esses dois projetos (CFESS, 2010), sem nos desvincular das atribuições e competências relativas ao Serviço Social, em especial ao que compete à atuação na área da saúde.

Leal, Nogueira e Lima (2018), pontuam que o desafio que se coloca é o de perceber os dilemas, limites, desafios e avanços existentes no trabalho coletivo da saúde e, com isso, refletir se de fato a formação em saúde tem sido desenvolvida em consonância com o projeto ético-político da profissão, com as diretrizes da Educação Permanente e com os princípios da Reforma Sanitária.

Nesta direção, vale ressaltar que o Serviço Social buscou estratégias para prestar um atendimento de qualidade, tais como: busca ativa para atualização das redes de atendimento; pesquisa constante para atualização das legislações vigentes no período de pandemia; criação e elaboração de protocolos institucionais, cartilhas educativas, entre outros.

A participação dos residentes foi de extrema importância para a otimização e reorganização do trabalho do assistente social no HUCFF no período da pandemia. Neste sentido, corroboramos com Miranda et al (2017) quando afirma que a residência possui uma potencialidade capaz de sintonizar o trabalho e a formação, situando as necessidades de saúde da população como linha norteadora da qualificação dos profissionais, constituindo-se em uma formação pautada através do trabalho em equipes.

Contudo, salientamos que a preceptoria de Núcleo do HUCFF, assim como as dos demais programas de residências em saúde identificam a necessidade de qualificação das condições de trabalho para tutoria e preceptoria. O CFESS (2017) aponta a inexistência de uma política permanente de formação para preceptores em âmbito nacional, sendo essa uma demanda prioritária dos programas de residências em saúde em atividades no país, sobretudo as desenvolvidas por instituições públicas.

## Considerações Finais

A residência multiprofissional em saúde reúne potencial para produzir novas ações, ou seja, se constitui como um projeto de formação que coloca no centro a ação articulada entre diferentes profissões da saúde no âmbito dos hospitais de ensino. Em que pesem os desafios identificados no cotidiano da prática profissional na residência e o contexto pandêmico atual, a atuação conjunta de preceptores e residentes qualificou uma prática voltada para atender as necessidades da população usuária do SUS, pautada no trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, contribuindo, assim, para seu aprimoramento profissional.

A partir de 2019, sobretudo em 2020, o Serviço Social do HUCFF, participou, conjuntamente com a Coordenação de Capacitação Continuada, instância criada recentemente na ESS, da criação do coletivo de Programas de Residências Multiprofissionais. Naquele momento, foi formado o Fórum de Serviço Social das Residências da UFRJ, formalizou-se a parceria com a unidade acadêmica na perspectiva da indicação de um docente/tutor acadêmico responsável pelo acompanhamento pedagógico de preceptores e residentes, assim como o planejamento conjunto das ações da residência multiprofissional.

Apesar das contradições inerentes ao processo de criação dos programas de residência multiprofissional, ressaltamos que seu desenvolvimento potencializou a capacitação da equipe de assistentes sociais e a qualificação da formação profissional em saúde na universidade, além de ter contribuído na assistência prestada aos usuários do hospital universitário. Entretanto, constatamos que a preceptoria de Serviço Social dos programas de residências em saúde necessita de um investimento contínuo de capacitação profissional que favorecerá o desenvolvimento pleno do processo formativo desenvolvido nos programas de residências em saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. CFESS. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para a reflexão*. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2017.
- GUERRA, Y.; BRAGA, M. E. *Supervisão em Serviço Social*. In: CFESS/ABEPSS (Org.). *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.p. 531-552.

- GRANNEMAN, S. *No estágio atual é guerra: um Estado de bem-estar social não é mais possível em lugar nenhum do mundo*. Entrevista concedida a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ em maio de 2015. Acesso em 28 de Out de 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=entrevistaenum=111>.
- LEAL, J. H. M.; NOGUEIRA, A. C. C., LIMA, F. L. T. de Serviço Social e Educação Permanente: interface entre preceptoria e formação em saúde. *Revista Temporalis*, Brasília (DF), ano 18, n. 36, p. 379-396, jul./dez. 2018. ISSN 2238-1856, 2018.
- LEWGOY, A. M. B. *Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.
- OLIVEIRA, V. D. de. *Projetos Político-Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Escola de Serviço Social/UFRJ, 2017.
- MATOS, M. C. A pandemia da COVID-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde. In: *Para Além da Quarentena: Reflexões sobre crise e pandemia*. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020
- MENDES, A. G.; VIDAL, D. L. C. Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde no contexto hospitalar: algumas questões para o debate. In: RAMOS, A.; SILVA, L.B.; PAULA, L.G.P. *Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre o trabalho e formação de profissionais*. RAMOS, A. SILVA, L. B.; PAULA, L. G. P. (Org.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.
- MIRANDA, S. A. B. et al. Residência Multiprofissional em Saúde: apontamentos sobre a inserção do serviço social. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, v. 1, n. 1, p. 126-145, 2017.
- SILVA, L. B.; CASTRO, M. M. de C. *Serviço Social e Residência em Saúde: trabalho e formação*. Campinas: Papel Social, 2020.

## CAPÍTULO 4

# Reflexos da Pandemia da COVID-19 na Residência Multiprofissional em Saúde no Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)

Isadora Barbosa Varella, Laryssa Almada Ferreira, Luiza Cristina Rodrigues Silva, Rosilene Virginia Galdino, Rosimere Figueiredo do Vale & Sara Danielle Lacerda de Mello

## Introdução

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto de uma doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19)<sup>33</sup>. A declaração da OMS constituiu uma emergência de saúde pública de importância internacional. Assim, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada, pela OMS, como uma pandemia. Tal cenário mundial desafiou, e ainda desafia, a capacidade dos vários países afetados pelo novo coronavírus (COVID-19) em viabilizar respostas sanitárias (desenvolvimento de vacinas e terapêuticas apropriadas), sociais (sustentabilidade dos diversos grupos sociais existentes) e econômicas (manutenção de empregos, benefícios e arrecadação de receita constituinte do fundo público) às demandas apresentadas com o objetivo de preservar a vida.

Diante da necessidade de enfrentar a pandemia de COVID-19, os serviços de saúde tiveram de buscar estratégias para viabilizar a assistência em saúde e concomitantemente reduzir e prevenir as formas de contaminação e disseminação do vírus, principalmente no ambiente hospitalar. Estratégias coletivas e sanitárias, seguindo as orientações dos organismos multilaterais, como da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foram adotadas, tais como: distanciamento social, redução da circulação interna (usuários, familiares e profissionais), uso de máscaras e higienização intensificada das mãos.

As intervenções demandadas pela pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, sofrem inflexões no contexto brasileiro. Em um cenário de desmantelamento, fragmentação e inxequibilidade das políticas sociais, a COVID-19, que requer intervenções eficientes, intersetoriais e multiprofissionais, nos é colocada. Os retrocessos nas políticas sociais que já vêm de longa data,

---

33 Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)>. Acesso em 16 de nov. 2020.

se intensificam no mandato de Michel Temer (2016-2018) e se agravam no governo Bolsonaro (2019).

Diante do supracitado, o presente artigo visa apresentar um breve relato de experiência de seis assistentes sociais (três residentes do 1º ano e três residentes do 2º ano) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde /Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) em meio ao cenário da pandemia da COVID-19 e seus entraves no processo de formação.

### **Contextualizando a pandemia da COVID-19 no HUCFF**

Os Hospitais Universitários (HUs), vinculados ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), têm sua autonomia preservada às Universidades que participam do SUS por meio de convênio, prestando assistência de média e alta complexidade com acesso via Sistema de Regulação.

Em 5 de março de 2020, o Dr. Alberto Chebabo<sup>34</sup>, Diretor Chefe do HUCFF, apresentou o protocolo do hospital para atendimento dos pacientes infectados por COVID-19. Em vista do quadro de saúde pública que se apresentava, em 11 de abril de 2020, o HUCFF anunciava sua reorganização para o atendimento dos casos referenciados para a unidade, além do recebimento de pacientes regulados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Profissionais de diversas áreas de formação foram implicados nesse processo de resposta à pandemia e, portanto, os assistentes sociais<sup>35</sup> compuseram os profissionais da chamada “linha de frente”<sup>36</sup>. Desde o surgimento da profissão, o assistente social está inserido na área da saúde e, a partir da década de 1950, a “área da saúde transforma-se no principal campo de absorção profissional” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 199). Na perspectiva do acesso e democratização do direito social à saúde, temos a atuação profissional do assistente social no SUS, cujo “objetivo é a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença para, assim, mobilizar recursos para o seu enfrentamento” (MATOS, 2020, pg. 240).

---

34 Médico infectologista, Diretor Médico do Hospital Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Gerente de Relacionamento Médico da Diagnósticos da América SA (DASA). Fonte: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4221639D0>. Acesso em: 16/11/2020.

35 Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

36 Entendemos como “linha de frente”, a nomenclatura dada às equipes multiprofissionais que estão diretamente envolvidas com o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 no Brasil.

Diante de constantes reformulações institucionais, inicia-se a reestruturação do processo de trabalho da equipe de Serviço Social do HUCFF, situado nesta unidade hospitalar desde 1978 (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2018). Tais reformulações são condizentes com o que aponta Yazbek (2009) quando refere que “à medida que novas situações colocam para a profissão novas exigências, o Serviço Social é obrigado a atualizar-se, redefinindo estratégias e procedimentos, adequando-se a novas demandas” (YAZBEK, 2009, p.16).

### **Reflexos da Pandemia da COVID-19 na Residência Multiprofissional em Serviço Social**

No ano de 2002, ocorreu a aprovação pelo Ministério da Saúde de 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde e, em 2005, foi instituída a Lei Federal 11.129, a qual expressa que: “constitui em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (OLIVEIRA, 2017, p. 58).

De acordo com Mourão (2009), a residência tem como objetivo a construção de uma formação interdisciplinar, de modo que seja propício uma experiência de integração e criação de conhecimentos. O autor aponta que a experiência da formação interdisciplinar permite a ultrapassagem de conhecimentos, e/ou de propostas profissionais que normalmente não conversam, nem se incorporam ao saber de outras áreas de atuação profissional. Intenciona-se que o conhecimento dessas áreas colabore para a descoberta “do novo”, permitindo a exposição de novas ideias e respostas que atendam às demandas da política de saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde/ Clínica Médica do HUCFF comporta o período de dois anos. No primeiro ano, os residentes multiprofissionais (R1) ficam sob a responsabilidade da Coordenação de Atividades Educacionais (CAE), que realiza o planejamento da grade de atividades a serem executadas. Os R1 dividem-se entre atividades específicas da equipe multiprofissional e as atividades do serviço de cada categoria profissional que compõe o grupo.

A proposta inicial para o planejamento de treinamento em serviços e baseava na divisão da turma em três grupos: A) Geriatria, B) Clínica Médica e C) Centro de Terapia Intensiva (CTI). Quanto ao conteúdo teórico, carga horária obrigatória que embasa as atividades em campo, seriam de modo presencial, com a participação de todos os integrantes da turma, favorecendo, assim, a troca de conhecimento entre áreas de atuação.

Incluem-se nas atividades os chamados "rounds"<sup>37</sup> de cenário, com presença de preceptor acadêmico multiprofissional e participação em "round"<sup>38</sup> nas enfermarias, com a presença da equipe multiprofissional, residentes médicos e staff médico.

Em menos de duas semanas de treinamento em serviço, devido ao contexto de Pandemia da COVID-19 no Brasil, houve um remanejamento nas atividades coordenadas pela CAE para os respectivos serviços de cada área profissional de saúde. Tais serviços passam a ficar responsáveis pela orientação de atividades dos residentes de primeiro ano.

Com o avançar da pandemia, não houve um retorno das atividades teóricas. Dessa forma, a turma de residentes de primeiro ano (2020), demandou formalmente da CAE um posicionamento quanto ao suprimento da parte teórica, compreendendo a teoria como parte indissociável da prática em campo. De acordo com Santos (2010, p. 05), "teoria e prática mantêm uma relação de unidade na diversidade, formam uma relação intrínseca, sendo o âmbito da primeira o da possibilidade e o da segunda o da efetividade".

Nesse período, muitos questionamentos foram levantados, dentre os quais: Se haveria um prolongamento do período de residência, com ou sem extensão da bolsa de pós-graduação para reposição de horas aula; se o conteúdo seria repostado integralmente; se haveria atraso nos certificados de conclusão da pós-graduação; se haveria uma mudança de modalidade do ensino presencial para remoto.

O retorno parcial das atividades teóricas ocorreu após orientação do Ministério da Educação<sup>39</sup> sobre a manutenção do ensino por meio de tecnologias de informação. Desse modo, os residentes multiprofissionais de primeiro ano foram orientados pela Coordenação Geral de Residência Multiprofissional a realizarem cursos online gratuitos vinculados ao Ministério da Saúde, em sua maioria relacionados ao manejo clínico da COVID-19. Entretanto, os questionamentos acima mencionados continuavam em aberto, uma vez que os cursos não supriam as necessidades teóricas do currículo ou abarcavam a característica multidisciplinar proposta neste programa de residência, sendo identificados, em alguns destes, público-alvo restrito às profissões específicas.

---

37 Quanto aos rounds de cenário multiprofissional, estes seriam um espaço para discussão de casos entre a equipe de residentes multiprofissionais e o preceptor de cada cenário, além de atividades planejadas e articulação entre prática e conteúdo teórico.

38 Quanto aos rounds de enfermaria, participam as equipes de Residência Multiprofissional e Residência Médica, coordenado pelo staff médico, nesse espaço são discutidas as condutas para cada paciente internado.

39 Ver portaria do MEC nº544- 17/06/2020.

No segundo ano da residência multiprofissional (R2), os grupos multiprofissionais são dissolvidos e os R2 seguem sob o modelo uniprofissional, sob a responsabilidade da chefia da seção de ensino do serviço, como preconizado no regulamento interno do programa de residência da instituição. Se por um lado, esse formato de proposta pedagógica descaracteriza a especificidade do modelo de residência multiprofissional, por outro lado, essa reconfiguração possibilita maior facilidade na adaptação da grade de atividades mensais propostas pela supervisão de serviço, permitindo a liberdade na participação de eventos programados pela preceptoria. Esse modelo também viabiliza a passagem por outras áreas de especialidades, para além do setor de Clínica Médica, de modo que novas experiências sejam vivenciadas em diversos setores da unidade hospitalar.

Devido à necessidade de mudanças na organização institucional: reorganização de quadro; capacitação dos novos funcionários contratados para enfrentamento da crise sanitária; perda de espaços físicos devido às modificações na infraestrutura hospitalar; criação de novas frentes de atuação; o planejamento inicial sofreu interferências, as práticas pedagógicas pré-programadas foram suspensas e os residentes do primeiro e do segundo ano postos à disposição da Chefia de Serviço Social deste nosocômio, sem setor fixo e preceptoria de referência. Essa mudança implicou na impossibilidade de prática em setores programados anteriormente, ainda sem previsão de retorno a esses.

Uma vez por semana, como proposta de ensino, é de responsabilidade dos preceptores do setor em que o residente se encontra inserido, o planejamento das atividades de supervisão/preceptoria de residência. Estas atividades consistem em estudos de casos e discussão de textos selecionados de acordo com o perfil do trabalho do Serviço Social naquele setor. A supervisão tem a finalidade de instrumentalizar os residentes, de modo que possam ter maior aproximação com as particularidades do cenário em questão, correlacionando teoria e prática. Esta atividade visa também o compartilhamento de casos e condutas adotadas, para que seja de conhecimento da equipe do setor. Com a perda de referência, essa atividade também foi suspensa por um longo período, sendo retomada de forma gradual a partir de junho de 2020.

Diante do exposto, novas atividades foram desenvolvidas nesse período:

- 1 a reorganização de materiais informativos;
- 2 estudo das mudanças em legislações pertinentes afetadas pela pandemia da COVID-19;

- 3 organização de grupos de trabalho de acordo com áreas temáticas<sup>40</sup>;
- 4 confecção e atualização de cartilhas educativas para os usuários quanto às mudanças institucionais e de políticas públicas;
- 5 articulação com a rede socioassistencial.

Durante o período, houve desafios à prática profissional, dentre estes, a dificuldade inicial do fornecimento de EPI (Equipamentos de Proteção Individual) diante da inconsistência de informações de prevenção e contágio por COVID-19. Em relação à assistência nos setores nos quais o Serviço Social atua, foi pactuado a suspensão da realização de Avaliação Social (AVS), com fins de reduzir a circulação de pessoas nas enfermarias. Foi priorizada a forma de atendimento remoto, na qual eram colhidas informações primordiais de pacientes internados (casos confirmados ou suspeitos da COVID-19 ou não), via contato telefônico com o próprio usuário ou com pessoa de referência do mesmo

Pontuamos também a intensificação de demandas equivocadas para o Serviço Social. Podem ser citadas: a convocação/comunicação de óbito, gerenciamento de pertences de pacientes internados, contato com familiares para a comunicação de quadro clínico e alta hospitalar. Cabe ressaltar que a partir da organização do serviço sob orientação da Chefia do Serviço Social do hospital, que compôs o Gabinete de Crise COVID-19 junto à Direção Geral do hospital e demais divisões, houve resistência quanto à absorção das demandas supracitadas. Como sinaliza Matos (2020, p.04), ainda que o trabalho desenvolvido seja modificado pelo novo contexto, é imprescindível manter a atuação profissional dentro dos limites das atribuições privativas e competências profissionais, esse posicionamento “resguarda nosso agir profissional e rema contra a sua desprofissionalização”.

Contudo, a situação de maior evidência para esta modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, remete à ordem pedagógica/teórica diante dos limites impostos pela pandemia. Inicialmente, as atividades de cunho teórico foram suspensas, priorizando a assistência direta ao usuário. Em nota datada em 07 de maio, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) se pronunciou reconhecendo a essencialidade dos programas de residência multiprofissional e ressaltando a importância da atuação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) para a proteção dos profissionais em exercício

---

40 Foram criados os grupos de trabalho (GTs), para as seguintes frentes de pesquisa: GT de Saúde, GT de Assistência Social, GT de Óbito, GT de Previdência Social, GT de Rotinas Institucionais e GT de Triagem COVID-19.

neste contexto atípico, bem como, para a garantia de condições adequadas de trabalho.

[...] os programas de residência não podem se resumir ao trabalho realizado pelo residente nos cenários de prática. Precisam continuar oferecendo a essas/es profissionais em especialização o suporte teórico adequado, por meio da atuação dos tutores, e a orientação técnica necessária, através do acompanhamento dos preceptores. E, em não sendo possível a oferta presencial do suporte teórico, o mesmo deve ser realizado de maneira remota, mas, ainda sim, com compromisso e qualidade (ABEPSS, 2020).

Mourão (2009) aponta que a área da saúde é a maior requisitante dos assistentes sociais. O autor indica que a formação acadêmica é de cunho “generalista”, demonstrando haver a necessidade de qualificação, de modo que o profissional tenha base para maior compreensão das expressões da questão social. O autor aponta que a formação acadêmica é bastante direcionada ao pensamento das “Ciências Sociais”, demandando dos assistentes sociais atuantes na saúde a aproximação com as Ciências Biológicas, a fim de possibilitar maior domínio acerca de temas que forneçam elementos ao entendimento do processo de adoecimento dos sujeitos, correlacionando-o com os determinantes sociais.

Entre as atribuições privativas do assistente social, está, a formação profissional nesta área. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2013 p.61-62), tais atribuições incluem: “a criação e/ ou a participação dos programas de residência multiprofissional e/ ou uniprofissional e a preceptoria de residentes, sendo a articulação com as unidades de formação acadêmica, elemento fundamental para o desenvolvimento das atividades”.

Mesmo com a retomada das atividades teóricas de forma remota, cabem algumas ressalvas importantes, como: a condensação de conteúdos teóricos em menor tempo de hora/aula; questões relacionadas à má conexão de internet, interação distanciada entre professor e alunos; contradição entre a necessidade de estarmos presentes nas atividades práticas e distante nas atividades teóricas, gerando uma lacuna entre teoria e prática.

No tocante às atividades de tutoria, desenvolvidas semanalmente, constituíam um espaço de discussão e estudos, no qual os residentes poderiam trazer reflexões acerca de suas vivências profissionais em seus respectivos cenários. Essa atividade compreendia o estudo de casos, de textos, mostra de trabalhos, comportava o convite à assistentes sociais do HUCFF, assim como, à profissionais de outras instituições, objetivando que

expusessem seus trabalhos científicos, dissertações, teses, ou apresentassem a atuação do assistente social no setor/local onde atuam. Em virtude da necessidade de distanciamento social, essa atividade foi suspensa por muitos meses, tendo sido retomada somente no mês de junho.

Além disso, surgiram fatores como esgotamento físico e mental provenientes do risco de exposição ao vírus SARS-CoV-2; a redução do convívio social e práticas de lazer; a insegurança no contato interpessoal, considerando o ambiente hospitalar enquanto local de trabalho; o receio de exposição e a consequente contaminação dos familiares ao vírus dentro de casa; assim como, os obstáculos para o melhor aproveitamento das disciplinas ofertadas, uma vez que a qualidade do aprendizado pode ser comprometida pela ambientação doméstica (ausência de local adequado para estudo, ambiente compartilhado com pessoas envolvidas em outras atividades, etc.). Em nota a ABEPSS (2020), afirma que:

a proposta de realização online das atividades desconsidera a excepcionalidade da situação e que radicalmente modifica a dinâmica de vida de docentes e discentes na qual todos os membros familiares se encontram em casa, trazendo sobrecargas particularmente às mulheres (maioria do nosso corpo discente e docente); desconsidera as formas de acesso à internet dos discentes mais pobres; desconsidera a dimensão pedagógica que a relação presencial possibilita no processo formativo; e desconsidera as dimensões sociais e psicológicas de adaptação à nova realidade. Os elementos listados são importantes no processo ensino-aprendizagem.

### Considerações Finais

A pandemia agudiza os constantes desmontes nas políticas públicas, produzindo rebatimentos à prática do Serviço Social. A partir da ofensiva neoliberal, que implica na focalização e terceirização de tais políticas, o contexto de crise sanitária introduz novos elementos à prática dos assistentes sociais e em seu processo de formação. Na residência multiprofissional, experienciamos ambas as questões, pois trata-se da inserção em uma pós-graduação com carga prática em campo.

É importante salientar que, no contexto adverso como a pandemia da COVID-19, é exigido dos profissionais respostas imediatas às demandas, que surgem com a crise, e adaptação de recursos já escassos na rede de saúde e socioassistencial. Nesse sentido, a pós-graduação, como medida de suporte ao atendimento da demanda que se apresenta, tem seu caráter teórico suprimido em quantidade e qualidade, para que os residentes,

profissionais formados e registrados em seus respectivos conselhos profissionais, possam compor a chamada linha de frente no combate a COVID-19.

Dito isso, não podemos deixar de reafirmar que a pandemia não cria o déficit de recursos, dentre os quais a escassez de profissionais de saúde e os entraves na formação de profissionais. Contudo, a partir dela, em seu caráter latente, obtêm-se elementos para pensar o papel do residente para as instituições nas quais esses profissionais estão inseridos. Dessa forma, é possível olhar para a reprodução da política de saúde e a valoração da educação continuada de profissionais inseridos nos programas de residência multiprofissional em saúde das universidades públicas brasileiras, mais especificamente, no âmbito da pós-graduação lato sensu.

#### REFERÊNCIAS

- ABEPSS. *As residências em Saúde e o Serviço Social em tempos de pandemia COVID-19*. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/noticias/as-residencias-em-saude-e-o-servico-social-em-tempos-de-pandemia-covid19-374>> Acesso em: 17 de nov. de 2020.
- . *Os impactos da pandemia da COVID-19 (coronavírus) e as medidas para a Educação*. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/noticias/abepssorgbrnotacovid19-361>> Acesso em: 17 de nov. de 2020.
- BRASIL. *Lei Federal 11.129*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens –ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude de 30 de junho de 2005. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm) Acesso em: 16/11/2020.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.
- BROTTO, M. E.; SILVA, C. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, 1º Semestre, n. 37, v. 14, p. 126 – 149, 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2013.
- GUERRA, Y. *Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social*. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000
- HUCFF. *Sessão clínica especial sobre o coronavírus*. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/noticias/destaque/1525-sessao-clinica-especial-sobre-coronavirus>> Acesso em: 14 de nov. de 2020.
- HUCFF. *Coronavírus: HUCFF é dividido em alas*. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/noticias/destaque/1541-coronavirus-hucff-e-dividido-em-alas>< Acesso em: 14/11/2020.
- MATOS, M. C. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. In: LOLE, A. et al (Orgs.) *Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia*. Rio de Janeiro: Morula editorial, 2020.
- Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 1.996*, de 20 de agosto de 2007 - Ministério da Saúde: Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm)> Acesso em: 14/11/2020.
- MOURÃO, A. M. A. A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In. MOTA, A. Elizabete (org.s). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- OLIVEIRA, E. R.; OLIVEIRA, V. D. *Resgate histórico do serviço social de um hospital de ensino: 40 anos de contribuição (1978 – 2018)*. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Espírito Santo, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23498>>. Acesso em 07/08/2020.
- SANTOS, C. M. *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (org.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

## CAPÍTULO 5

# O processo de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde nas Residências Multiprofissionais: a experiência do HESFA/UFRJ

Erimaldo Matias Nicácio

## Introdução

O objetivo deste artigo é discutir alguns desafios no processo de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde no contexto das residências multiprofissionais. Esta discussão tem como ponto de partida a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Minha implicação na tutoria dos residentes me permitiu elaborar algumas questões sobre este processo. Veremos que a construção de diferentes meios de articulação entre instituição de ensino e as equipes de saúde é um dos alicerces do processo de formação, ao mesmo tempo em que se constitui como um dos seus maiores desafios.

Um dos nós críticos do processo de implantação do SUS no Brasil sempre foi a formação dos recursos humanos (FEUERWERKER et al, 2000), já que a transformação do modelo assistencial esbarra numa série de resistências e dificuldades, como por exemplo, a cultura do especialismo dominante em cada uma das profissões da saúde. Não é de hoje o consenso de que o processo de consolidação do SUS, exige uma mudança radical na formação dos profissionais de saúde, a fim de adequá-la às necessidades de saúde da população brasileira (BULCÃO, 2004).

Foi neste sentido que desde 2002, o Ministério da Saúde passou a fomentar as residências multiprofissionais em saúde, através do projeto ReforSUS. Atualmente, já temos condições de afirmar a importância das residências multiprofissionais na formação para o SUS. Segundo Domingos et al (2015), os profissionais de saúde tendem a perceber a presença de residentes de saúde da família como algo positivo e que contribui para fortalecer a integralidade do cuidado. No entanto, entre os pontos críticos da formação em saúde, conforme aponta Torres encontram-se: “falta de diálogo entre profissionais, preceptores e tutores; falta de preparação para o trabalho coletivo, inclusive, para a produção de

conhecimento; falta de profissionais com perfil e disponibilidade para a preceptoria/tutoria" (TORRES et al, 2019, p. 11).

É preciso avançar na análise dos determinantes desses pontos críticos estabelecendo algumas hipóteses a fim de avançarmos no aperfeiçoamento dos processos de formação para o SUS. Este trabalho pretende trazer algumas contribuições para este debate.

### **A crise do conhecimento profissional**

A distância que se verifica entre o ensino ministrado nas instituições universitárias e as demandas reais da prática é um problema que afeta inúmeras profissões. Este impasse é abordado explicitamente por Donald Schön (2000) no seu livro "Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem". Naquela época o autor fazia um diagnóstico muito geral no qual identificava uma crise de confiança no *conhecimento profissional* que corresponde a uma crise no campo da *educação profissional*.

A crise do conhecimento profissional se traduz na constatação de que a racionalidade técnica - que rege a lógica do ensino e da pesquisa na universidade moderna – não dá conta da complexidade das situações que os profissionais enfrentam cotidianamente na sua prática. A racionalidade técnica consiste no pressuposto de que os profissionais são agentes técnicos que solucionam problemas específicos, utilizando-se de meios instrumentais apropriados. No entanto, os problemas concretos que os profissionais enfrentam na prática cotidiana, em geral, não se apresentam de forma transparente e exibindo uma estrutura bem delineada, mas envolvendo zonas de indeterminação, singularidade, conflito e incerteza. Por conseguinte, cada vez mais se percebe que "as áreas mais importantes da prática profissional encontram-se além das fronteiras convencionais da competência profissional" (SCHÖN, 2000, p.18).

Esta crise corresponde a uma outra que afeta a educação profissional. Há uma insatisfação com a formação profissional proporcionado pelas universidades, que se expressa na avaliação de que o ensino está muito distanciado das demandas reais da prática. Segundo Schön, as instituições de ensino funcionam sob uma hierarquia que situa no seu ápice a ciência básica e na base as habilidades técnicas e o ensino prático. Em geral, constata-se que aqueles que se dedicam à ciência básica possuem maior *status* acadêmico. Por conseguinte, suas atividades tendem a ser mais valorizadas pelas agências de fomento. Em todo caso, cresce o questionamento a respeito da capacidade das escolas profissionais de capacitar seus alunos para as demandas reais da prática. Schön conduz seu argumento no sentido de apontar a

importância de um ensino que valorize o aprendizado a partir da experiência, dando um lugar central ao que ele chama de 'talento artístico', isto é, "a competência através da qual os profissionais realmente dão conta de zonas indeterminadas da prática" (SCHÖN, 2000, p. 22).

No campo específico da saúde, como mostra Bulcão (2004), desde os anos 40 e 50, quando começa a se desenvolver a medicina preventiva já se discutia a importância de uma prática médica não restrita ao espaço do hospital. Nos anos 60, surge a medicina comunitária, voltada para os pequenos grupos (alcoólistas, gestantes, por exemplo). A ênfase na atenção primária que se desenvolve nos anos 70 também deu um novo impulso ao debate sobre a renovação da prática médica. Todas estas propostas "se inscrevem no campo da medicina extra-hospitalar, privilegiando-se do espaço social e assessorando-se das ciências humanas (psicologia, sociologia, antropologia)" (BULCÃO, 2004).

O movimento da reforma sanitária e, em particular, o processo de implantação do SUS, deram novo impulso a este debate, trazendo novas demandas dentro de um projeto de inversão do modelo assistencial "com atenção integral de alta resolutividade em nível local, trabalho em equipe multiprofissional, organizado a partir da análise das condições de vida e de saúde da comunidade, com participação popular" (FEUERWERKER et al, 2000).

Neste contexto, adquiriu importância a proposta de diversificação de cenários de aprendizagem na formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER et al, 2000; BULCÃO, 2004). Tal proposta encontra-se explicitada nas "Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina". O artigo 10º recomenda que "as unidades de ensino-aprendizagem devem contemplar diferentes cenários, permitindo ao aluno conhecer ativamente situações variadas de viver a vida" (BULCÃO, 2004, p. 64).

Outro ponto importante neste processo de mudança é o investimento em métodos pedagógicos que valorizam a experiência (aprender fazendo) e a participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem. Um dos aspectos essenciais desta mudança na concepção de formação dos profissionais de saúde é a relação entre instituições de ensino e serviços.

### **Articulação entre instituições de ensino e serviço de saúde – marco legal**

A lei maior do nosso país, a Constituição Federal, no seu artigo 200, estabelece como uma das atribuições do SUS 'ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde'. (BRASIL, 1988). Já o artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde, a lei do SUS, dentro do Título IV 'Dos recursos humanos', estabelece muito claramente os

serviços públicos de saúde como campo de prática para o ensino e a pesquisa em articulação com o sistema educacional.

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

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

*II - (Vetado)*

*III - (Vetado)*

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

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

Isso quer dizer que a política do SUS define como elemento fundamental de uma política de recursos humanos a formação dos profissionais de saúde a partir da articulação entre Instituições de Ensino e Serviços Públicos de Saúde. Este é um enquadramento legal e ao mesmo tempo uma diretriz estratégica para a consolidação do SUS.

Ora, a aplicação do preceito constitucional e do que está prescrito na lei orgânica da saúde já representa um grande desafio. Diversas portarias e resoluções passaram a regulamentar a política de formação de recursos humanos para o SUS, mas aqui cabe um destaque à Portaria n. 45 que no seu artigo primeiro estabelece que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições de ensino.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do Ministério da Saúde e, no ano seguinte é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

As residências multiprofissionais em saúde foram regulamentadas pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a

Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Outras portarias regulamentaram o financiamento das residências o que tornou possível a consolidação da aposta no seu potencial de contribuir para a qualificação do modelo assistencial do SUS nos seus diversos níveis.

Podemos dizer que esta articulação entre instituições de ensino e equipes de saúde do SUS é a um só tempo um dos fatores que mais potencializam os efeitos de formação da residência multiprofissional e o que há de mais difícil colocar em prática.

### **A experiência da Residência Multiprofissional do HESFA**

A experiência desenvolvida no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, da Universidade Federal do Rio de Janeiro traz elementos importantes para avançarmos na discussão dos impasses encontrados nos processos de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde.

O Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA é uma unidade acadêmica docente-assistencial que integra o Complexo Hospitalar da UFRJ (CHUFRJ) voltada para o atendimento das demandas específicas da Atenção Primária em Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, inserida na rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro. As ações de saúde são desenvolvidas dentro da perspectiva de integração entre ensino, pesquisa e extensão.

O programa, atualmente, oferece duas vagas para as seguintes áreas:

- Enfermagem;
- Nutrição;
- Odontologia;
- Serviço Social;
- Psicologia.

Os residentes são distribuídos em duas unidades de atenção básica situadas na CAP (coordenação de área programática) 1.0. O corpo social da residência é constituído por: residentes, docentes, preceptores, tutores e coordenação. O processo de ensino depende da articulação do trabalho de todos estes atores.

Dois dispositivos são fundamentais para a integração na residência: o NDAE (núcleo docente-assistencial estruturante) e o colegiado. O primeiro reúne docentes, tutores, preceptores

e coordenação para discutir as atividades e problemas que aparecem no dia-a-dia da residência. Ele tem atribuição de acompanhar junto à coordenação o planejamento e a implementação das atividades teóricas e práticas da residência e de fomentar a inovação no campo da pesquisa e da atenção à saúde e, finalmente promover a integração entre equipe de ensino da universidade e equipe de referência nos serviços.

O colegiado envolve todos os atores que participam do processo de ensino na residência, inclusive os residentes. Trata-se de uma instância privilegiada de encontro e debate em que tanto a divergência, quanto a construção de consensos produz um efeito formador para todos.

Apesar do enorme potencial de integração e de ação compartilhada que esses espaços possibilitam era notável a baixa frequência nesses espaços de docentes, tutores e preceptores. Embora as reuniões fossem mensais a frequência era baixa, o que não impedia das discussões serem ricas e contribuíssem efetivamente para a organização das atividades. Em relação à participação dos preceptores, notava-se a dificuldade de disporem de um turno para comparecerem às reuniões, por estarem comprometidos com inúmeras atividades no serviço. Muitas vezes se queixavam de não ter liberação de carga horária ou remuneração para se envolver nas atividades de preceptoria.

No caso dos docentes e tutores havia um relato semelhante. Muitos relatavam estarem tomados por muitas demandas acadêmicas nas suas unidades de origem. Além disso, argumentavam que as atividades na residência não possuíam reconhecimento institucional para entrarem na distribuição da carga horária oficial.

A coordenação da residência desempenha um papel fundamental nesta articulação entre os diferentes operadores do trabalho de ensino e os residentes. Além da organização geral das atividades da residência o (a) coordenador (a) possui um papel estratégico no diálogo com os gestores e preceptores. Dada a pequena participação de docentes e tutores no NDAE o coordenador se via sobrecarregado, de modo a ser necessário compartilhar as atividades de articulação com as equipes de referência. Diante disso, os tutores ocupavam um lugar de particular importância.

A *tutoria* é uma atividade de orientação de preceptores e residentes e se divide em:

- *tutoria uniprofissional* que corresponde ao que se tem chamado tutoria de núcleo e consiste na orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.

A *tutoria uniprofissional*, específica para cada área profissional, é o espaço onde se planeja o trabalho e se discute os problemas da prática do ponto de vista da contribuição específica de cada área para a atenção primária.

• A chamada *tutoria de campo*, no HESFA, está desdobrada em duas:

a) *tutoria multiprofissional* corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo da atenção primária em saúde, integrando os núcleos das diferentes profissões. Trata-se de um espaço onde são planejadas ações e discutidos os problemas do trabalho multiprofissional, reunindo os residentes das cinco áreas. Os residentes organizam ações de forma colaborativa entre si e com a equipe de referência.

b) *tutoria de campo*: corresponde à atividade de mediação com os cenários de prática da residência. A *tutoria de campo* foi criada em 2017 com a função de mediação entre residentes, preceptores e coordenação da residência a fim de agenciar a articulação entre estas instâncias e, ao mesmo tempo, oferecer suporte para o enfrentamento das dificuldades que eventualmente surgem na relação entre estes diferentes atores. Trata-se de sustentar um lugar de circulação da palavra de modo que os conflitos e impasses possam ser enfrentados de modo a favorecer o processo de trabalho.

A experiência nos mostrou que a entrada dos residentes nos cenários de prática não é algo que esteja garantido e “azeitado” a partir do momento em que a coordenação da residência estabelece uma pactuação com os gestores dos serviços de saúde. Uma vez feito o acordo, não basta enviar os residentes para o cenário de prática para que o processo de formação se realize. Este processo não vai por si, mas depende da participação ativa de cada parte integrante da residência.

Algumas vezes aconteceu de a coordenação da residência ter definido com o gestor local de ensino do município como se daria a inserção dos residentes e quem seriam os preceptores e em seguida alguns profissionais disserem que não sabiam que tinham sido escalados para serem preceptores, nem o que a residência esperava deles.

Nas tutorias eram frequentes as queixas dos residentes de que se sentiam sem lugar. A começar pelo fato de que já eram profissionais formados, mas não faziam parte do *staff* da equipe de referência. Um dia um residente comparou “residente” com “adolescente”, apontando uma analogia entre duas condições,

indicando que tanto um quanto o outro habitam um não-lugar. A sensação de estar sem lugar muitas vezes se expressava na queixa de que os profissionais do *staff* estavam sempre interrogando sobre suas funções na equipe. “*O que vocês estão fazendo aqui?*”, “*quem autorizou você a fazer isso?*”. Uma outra expressão disso era a dificuldade de encontrar uma sala para fazer reuniões ou até mesmo para realizar as tarefas que lhes foram solicitadas.

Os residentes também, muitas vezes, se queixavam de se sentirem subaproveitados ou de serem alvo de exigências exorbitantes. E percebiam que alguns residentes eram cobrados de realizarem determinadas tarefas e outros não. Era possível constatar que a ausência de um plano de trabalho deixava ao capricho que cada preceptor definir as atividades nas quais os residentes eram chamados a se envolver.

Um momento importante do processo de construção da residência foi a realização de encontros mais frequentes da coordenação e dos tutores de campo com os gestores e preceptores para organizar melhor a inserção dos residentes nos cenários de prática. Os tutores de campo puderam desenvolver uma articulação mais cotidiana propondo encontros mais frequentes com os residentes e os preceptores, seja conjuntamente, seja em momentos separado em função das questões a serem discutidas.

Os efeitos desse trabalho de articulação não tardaram a se tornar visíveis. Os residentes davam o testemunho de se sentirem melhor acolhidos nos cenários de prática, e verem os preceptores mais envolvidos na função de ensino. Certos conflitos entre preceptores e residentes puderam ser trabalhados.

Este relato não é de forma alguma um final feliz, pois inúmeros problemas permanecem e a residência avança num equilíbrio sempre instável. Nada está garantido e dado de uma vez por todas. O que se pretende é ressaltar o potencial de fortalecimento do processo de ensino na medida em que se promove a articulação entre equipe de ensino e equipe de saúde. Mas avancemos na discussão dos impasses deste processo de articulação e seus determinantes.

### Algumas questões

Esta experiência nos colocou diante de alguns impasses que criam barreiras para o processo de formação profissional para o SUS.

O primeiro deles é o distanciamento entre instituições de ensino e serviços de saúde, na mesma linha do argumento de Shön (2000), conforme mostrado acima. As residências multiprofissionais vêm contribuindo muito para reverter esse distanciamento. No entanto, ainda se observa uma dissociação que assume até

mesmo a forma de uma hierarquia. Por exemplo, o conhecimento é mais nobre que a prática ou a universidade como o lugar privilegiado do conhecimento, é quem tem o que ensinar para o serviço. Isso quer dizer que a universidade frequentemente, assume uma posição arrogante em relação às demais instituições sociais. As disciplinas e as pesquisas, frequentemente, são organizadas mais em função do projeto acadêmico de cada professor ou grupo de professores do que em função das demandas concretas do sistema de saúde e da população. Muitas pesquisas e monografias, dissertações são produzidas e não trazem retorno para os serviços.

Me parece que esta é uma das razões para a fraca institucionalização das residências dentro da universidade. No entanto, esta relação precisa ser uma via de mão dupla em que a universidade tem os meios de produzir e transmitir conhecimento, mas a partir do confronto com a realidade concreta. Os serviços e profissionais de saúde a partir da sua experiência de cuidado e de gestão dos serviços tem algo a transmitir para a universidade.

O trabalho multiprofissional enfrenta ainda hoje muitas resistências. É possível perceber que estagiários, residentes e profissionais do staff dos serviços de saúde apresentam uma grande dificuldade de se engajar num trabalho de equipe, em particular, na atenção primária. Esta se caracteriza por uma zona de práticas de cuidado que são compartilhadas pelos diferentes profissionais, dentro de uma lógica em que a especificidade de cada um não se dá meramente pela distribuição de tarefas, mas por um olhar específico sobre o problema do paciente.

Nesse ponto cabe notar que a formação de graduação das profissões da saúde ainda se realiza com base na transmissão de saberes e técnicas a serem aplicados no atendimento individual a um paciente. Quando esse profissional ingressa num outro espaço, num outro *setting*, a situação se complica e ele tem a sensação de que não está exercendo a sua profissão e que ele está assumindo tarefas de outras pessoas.

No entanto, é preciso compreender que o trabalho multiprofissional não quer dizer que "cada um faz de tudo um pouco". O multiprofissional significa a articulação entre diferentes abordagens profissionais para definir condutas complexas em situações complexas. Trata-se do encontro de diferenças em que cada profissional preserva sua identidade e seu mandato profissional, ao mesmo tempo em que se abre para se colocar em situação de aprendizagem com o outro.

Por exemplo, o que faz um psicólogo acompanhando uma campanha de imunização, junto com enfermeiros e agentes de saúde? É claro que não cabe a ele aplicar uma vacina, no entanto,

a proximidade com os usuários e com a equipe, pode lhe trazer elementos daquele contexto social ou mesmo da dinâmica institucional do serviço que podem ser importantes para a sua intervenção em situações específicas.

Um último ponto a ser destacado é a fraca institucionalidade da residência multiprofissional dentro da universidade. Esta é uma hipótese construída a partir da minha experiência no HESFA. Não sei se é possível estender esta análise para outros contextos, mas suspeito que sim. As unidades da área da saúde dos cursos contemplados pela residência do HESFA ainda não incorporaram as residências dentro da carga horária dos docentes que participam dela.

Por conseguinte, os professores que se engajam na residência multiprofissional o fazem por amor à causa e acrescentam as atividades à uma jornada já sobrecarregada. Com isso, esses professores têm uma dedicação restrita que não permite o engajamento satisfatório nas atividades que a residência exige, sobretudo as que envolvem integração com os cenários de prática. O mesmo pode ser dito dos preceptores que muitas vezes não são liberados de parte de sua carga horária para se dedicarem às atividades de ensino.

É preciso que as atividades da residência multiprofissional sejam incorporadas à carga horária dos profissionais. É preciso que a unidade de ensino e a unidade de saúde liberem uma parte da carga horária do docente e do profissional de saúde para que ele se dedique com qualidade à formação dos residentes. Sem essa condição mínima estaremos condenados a funcionar no improviso e a fazer gambiarras que até viabilizam o processo de formação, mas deixam lacunas que comprometem a qualidade da formação dos residentes.

### **Considerações finais**

Vimos até aqui que uma das condições fundamentais para a realização da formação de profissionais com perfil para trabalhar no SUS, na perspectiva da garantia do acesso universal aos serviços e na perspectiva da integralidade do cuidado é a articulação entre os docentes envolvidos nas atividades de formação da residência multiprofissional e as equipes de referência das unidades básicas de saúde.

Esta articulação deve ser sustentada no cotidiano da prática através de diferentes dispositivos acionados pelos atores envolvidos. E ela depende da criação de laços de trabalho entre os diferentes atores que integram o corpo social da residência.

No entanto, uma das condições fundamentais para isso é que a institucionalização do programa de residência se consolide dentro da universidade. Os docentes e profissionais de saúde que porventura venham a se envolver com este trabalho não podem fazer isso apenas por “amor à causa”. Não que isso seja ruim. Na verdade, o Sistema Único de Saúde no Brasil funciona com um mínimo de qualidade graças ao engajamento e ao compromisso ético dos seus profissionais. Do mesmo modo, a universidade tem sobrevivido aos diferentes ataques que tem sofrido tanto em termos de desqualificação por determinados setores políticos tanto em termos de redução de verbas, graças à dedicação dos servidores técnico-administrativos e docentes.

Por isso, avançar na integração entre residência e serviços de saúde possui uma função política que transcende as necessidades específicas da residência, pois contribui para o fortalecimento da universidade pública e do SUS.

#### REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.
- BRASIL. *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. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.
- BRASIL. *Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança na graduação em saúde: Aprender SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, 2004.
- 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*. 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.
- BULCÃO, L. G. (2004) O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro; v. 28, n. 1, jan/abr, 20004.
- DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, dez. 2015.
- FEUERWERKER, L. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. *Olho Mágico*. Londrina. V.10, n. 3, p. 21-26, jul./set. 2003.
- FEUERWERKER, L. *et al.* Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro: REDE UNIIDA. N. 22, dez/2000.
- SCHÖN, D. A. *Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, e170691, 2019.

## CAPÍTULO 6

# Breves reflexões sobre a relação teoria e prática do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde

Débora Holanda Leite Menezes

### Introdução

A reflexão sobre a construção da relação teoria e prática profissional é inerente e pertinente ao processo de formação continuada do residente, em especial, daqueles em residência multiprofissional em Serviço Social, cujo espaço se constitui como arena conciliatória de estudo e exercício profissional. O que denota, que esse espaço deve ser reconhecido como lócus de formação, portanto, temos profissionais em formação e não meros executores de uma ação profissional. Isso significa que eles não devem ser tratados como estagiários de graduação sob uma supervisão acadêmica, nem como profissionais sem autonomia em treinamento ou mesmo, aquela mão de obra barata (faz tudo). Ao contrário os programas de residência se constituem por elementos, que comungam atividades de ensino em serviço que excedem até mesmo a concepção de treinamento e exige uma estrutura organizacional, garantindo momentos reflexivos sobre o fazer profissional.

As primeiras propostas de Residência Multiprofissional se apresentam na década de 1970, quando ocorreu a regulamentação das residências médicas. Na virada do século, os programas de residências passaram a ser fomentadas como iniciativas de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, principalmente com o Projeto de Reforço e Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), uma iniciativa do Ministério da Saúde com o objetivo de implementar ações estratégicas com o fito de fortalecer o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a recuperação física e tecnológica das unidades de saúde (MENDES, 2013).

Em 2005, a promulgação da Lei 11.129/2005 elucida a necessidade de uma formação profissional em outras áreas, para além da medicina. Sendo construídos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, os quais se estruturaram baseados nas diretrizes da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde, a partir de inserções multiprofissionais em serviço de saúde. Esses programas de residências incluem entre outros profissionais, o assistente social, para quem o debate aqui expresso se designa.

Portanto, o desenho proposto, subsidiado pelo materialismo histórico de Marx segue a seu traçado, caracterizando a importância de reconhecer a residência como processo formativo e dialógico entre teoria e prática, destacando os dilemas, pelos quais perpassam a sua realização, chegando à discussão sobre a relação teoria e prática no âmbito do exercício profissional dos residentes de Serviço Social.

### **A Residência Multiprofissional: um processo formativo em saúde**

A residência multiprofissional em saúde, desde a promulgação da Lei 11.129/2005, oportuniza possibilidades de um processo formativo para trabalhadores em saúde. Contudo, cabe reconhecer, que por mais que o processo de formação apareça como uma preocupação, uma das questões, que se camufla refere-se à precarização da saúde e do trabalho, que desde os anos 1990, tem afetado com perversos retrocessos no âmbito da estrutura dos serviços de saúde e nas condições de trabalho dos profissionais da saúde. A lei, em voga, deixa evidente a preocupação com a inserção de jovens profissionais no mercado de trabalho, o que de certa forma, pode fortalecer uma inserção de mão de obra barata.

Sem falar, que em muitos momentos, com as mudanças conjunturais que se desenham nas políticas sociais e no mundo do trabalho, a residência acaba sendo uma possibilidade de ingresso no mercado de trabalho, todavia, cabe mencionar no sentido de compreender como a conjuntura, reflete no ingresso e no processo de reprodução formação da residência.

Ao mesmo tempo, que não pode deixar de considerar que as propostas de programas de residências multiprofissionais, permitiu um diálogo de superação de um modelo biomédico na saúde, dada a sua estrutura em xeque, na lei 11.129/2005 (BRASIL, 2005).

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Além dos avanços postos pela legislação em 2005, no Brasil já era possível identificar significativas experiências, que desde os fins do século passado, tais como: a Residência do Hospital Murialdo em Porto Alegre (1976) e Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro (1976), relevam a importância e a funcionalidade da residência multiprofissional para e na formação de profissionais de saúde.

Os alunos integrantes dos programas de residência, os residentes, são profissionais, em geral, recém-formados e com pouca ou nenhuma experiência profissional pregressa, o que favorece e amplia determinados dilemas, em especial os inerentes a instituição como espaço de relação de poderes. Cabe o destaque do lugar de fala do residente na esfera institucional. Eles ocupam um espaço de profissionais, que não são funcionários da instituição, o que tende a gerar um primeiro impacto na construção do processo formativo em saúde, justamente porque não são reconhecidos enquanto profissionais formados. Porém, quando pensamos as relações no contexto da própria equipe do Serviço Social, dependendo do espaço institucional que a residência se realiza a autonomia do residente é cerceada pelos próprios colegas da categoria, todavia, estes limites em muitos momentos se tornam mais evidentes no espaço das equipes multiprofissionais, que são atravessadas por relações diversificadas de saberes e experiências.

Neste sentido, o ingresso do residente, é condicionado inicialmente algumas características importantes, as quais se refere a idade até 29 anos, desconsiderando que muitos estudantes podem no cenário contemporâneo, por motivos óbvios ter ingressado na Universidade tardiamente, até porque só a partir de 2008, com o REUNI e o avanço da política de cotas, estudantes de baixa renda, oriundos de rede pública, e a população negra, conseguem acessar o espaço das Universidades. Sem falar, que este critério exclui uma parcela significativa de concluintes dos cursos de graduação.

É instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos trabalhadores da área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias para o provimento e a

fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2012, sp.)

Outra característica são os critérios de ingresso, que são rigorosos e meritocráticos, sem oportunizar nenhuma possibilidade de garantia de contratação, porque a residência não caracteriza vínculo empregatício e tem prazo determinado.

O/a residente de Serviço Social ingressa nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de exame de seleção, onde é matriculado/a e recebe bolsa de trabalho, não sendo, de fato, funcionário da instituição, mas sim um profissional em formação que participará de um programa de pós-graduação com carga horária que envolve aulas teóricas e práticas, supervisionado/a por profissional da instituição, por prazo determinado. Assim, a residência não gera vínculo empregatício. Não gera qualquer vínculo de natureza trabalhista com a instituição, estando, portanto, o/a residente fora do quadro de pessoal, impedido, dessa maneira, de realizar supervisão de estágio de estudantes de Serviço Social (CFESS, 2017, p. 43)

Destaca-se ainda que o residente, no caso do Serviço Social, não pode realizar supervisão de estágio (CFESS, 2017, p. 43), até porque o residente também está em processo formativo no espaço dos serviços de saúde.

A atribuição de supervisão de estágio em Serviço Social não é e nem pode ser de responsabilidade do/a residente que tem suas responsabilidades definidas por normatização específica. Além do mais, assumir atribuições que devem ser do profissional responsável pelo serviço pode contribuir para a perversa lógica de substituição de mão de obra tão presente nos serviços de saúde diante do cenário de desconstrução dessa política social pública.

Uma questão significativa, que atravessa a vida do residente refere-se a carga horária, conforme a portaria 45/2007, que aponta para um exaustivo processo formativo teórico-prático, que muitos momentos, pode comprometer a saúde dos residentes, principalmente, em contextos de crise sanitária e de calamidades públicas.

Residência multiprofissional em saúde caracteriza-se como ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para atuação por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais. A carga horária ainda permanece como

um ponto de divergência entre aqueles que constroem a residência e trataremos mais a frente sobre esta problemática, porém, é importante aqui frisar que a portaria nº 45 abriu a possibilidade de redução da carga horária inicialmente instituída como 60 horas.

Cabe destacar ainda sobre este processo, que a carga horária, deve ser orientada, segundo a resolução 3/ 2010, por:

Art. 1º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde têm a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas. Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.

Essas características, entre outras não pautadas aqui, que reafirmam algumas contradições, principalmente, as que tangem ao exercício da prática profissional. Em alguns momentos os residentes são confundidos com “estagiários de graduação”, ou até mesmo mais um trabalhador, perdendo o lugar de identidade profissional no contexto dos processos de trabalho. O primeiro acontece justamente por conta do lugar que se insere a residência, enquanto processo formativo. Enquanto, mais um trabalhador se dá frente a precarização da saúde, que não realiza concursos público para ingressos de novos trabalhadores, submetendo os profissionais a contratos temporários e precarizados.

Outra questão relevante que não podemos deixar de considerar é que as residenciais multiprofissionais são definidas como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, direcionada para a educação em serviço, que deve acontecer com a presença de uma supervisão técnico-profissional, que combina o debate teórico-prático.

E partindo, desta apreensão, temos que olhar para o residente compreendendo que ele não é funcionário da instituição, mas sim um profissional em formação, que executará seu processo de formação por prazo determinado e que busca aprimorar seus conhecimentos a partir da construção de uma relação dialógica entre teoria e prática.

Dessa forma, o uso do termo treinamento, para designar as atividades do residente não se faz adequado, principalmente por conta da construção dialógica, que se dá entre as atividades teóricas e atividades teórico-prática, conforme a resolução 3/2010, s/p.

2º Atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos. § 3º As atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente, preceptor ou convidado, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva.

No ano de 2014, a resolução 3/2010, foi revogada e a terminologia se tornou ao invés de atividade, estratégias teóricas, no art. 2, e estratégicas teóricas, teórico-prática, no art. 3. É na busca de construções dialógicas, que a universidade, na representação das Unidades de Ensino, pode contribuir, arquitetando entre instituição de ensino e campo, potencialidades que legitimem a formação qualificada, porque em muitos momentos, as questões que caminham entre a relação dos residentes com os preceptores, tutores e orientação de serviço, que estão designadas por meio da portaria nº 1111 de julho de 2005, no seu art. 6, s/p.

I - preceptoria: função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão.

II - tutoria: função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço; e

III - orientação de serviço: função de supervisão docente assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de tutoria devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário.

Nessa relação entre instituição, preceptor, tutor, e orientação de serviço, que o residente se insere na construção do seu processo formativo, o qual é marcado por uma perda de autonomia e por limites, os quais são ditados pelas dinâmicas dos serviços, prejudicando principalmente a formação teórico-prática. Assim, é nesta tentativa de construir um debate profícuo sobre a relação teoria e prática, que nos debruçamos a seguir apresentando elementos que irão corroborar para o processo formativo dos residentes.

Assim, sobre ser e não ser, entendemos que faz necessário refletir e reconhecer que a residência tem um compromisso público com a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, por muitos anos sofre com as perversidades de retrocessos na sua operacionalização, dada pela ofensiva neoliberal, que tem alterado de maneira deletéria a gestão da política de saúde com a entrada de modelos gerenciais e produtivistas, seja via Fundação Saúde, Organização Social da Saúde ou Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH). Tais modelos, rebatem na operacionalização da política de saúde, comprometendo os valores defendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, quando analisamos a conjuntura entendemos a necessidade de oportunizar reflexões críticas sobre o debate da teoria e prática na formação do residente em Serviço Social, para que possa reconhecer este espaço como uma trincheira de luta pela saúde pública.

### **A relação teoria e prática para a formação do Residente**

O debate sobre a relação teoria e prática precede do entendimento de alguns elementos principais. Primeiro, a teoria, que “é a apreensão das determinações que constituem o concreto”, (SANTOS, 2011, p. 27), ou seja, um fundamento científico, uma linha de reflexão que define sobre a natureza e objetivos de determinados fenômenos. Segundo Netto (1991), ela pode assumir um caráter de oposição ao racional, quando aliada a gnose, que busca um conhecimento que não é o intelectual, mas aquele que dá sentido à vida humana, que a torna plena de significado porque permite o encontro do homem com sua Essência Eterna e maravilhosa; ou com base no racional, quando aliada ao empirismo, “explicação, definição e justificação de nossos conceitos e/ou conhecimentos, no sentido de que estes são derivados dos sentidos (ou introspecção) e/ou podem ser explicados (e/ou justificados) em termos da experiência destes” (BOTTOMORE; OUTHWAITE, 1996, p. 237).

A teoria, portanto, será a base para a construção e direcionamento do conhecimento que dará uma definição/explicação

sobre o fenômeno. "A teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa". Nesse sentido a teoria "é a reprodução no plano do pensamento do movimento real do objeto" (NETTO, 2011, p. 27; 17), colocando o pesquisador na posição de um sujeito ativo, ou seja, aquele que irá interpretar o movimento dinâmico da realidade e o traduzir para além da aparência, captando a estrutura e a dinâmica do fenômeno.

Nas palavras de Yamamoto (2004), é a teoria que dá a base de conhecimentos para o assistente social desmistificar a realidade e propor ações interventivas, que atinjam a égide das demandas apresentadas pelo usuário. A teoria, e no caso destacamos a Teoria Social de Marx, é a base necessária ao profissional para compreender e captar os elementos reais da realidade, livre das mistificações dos processos alienantes, que geram o engodo nas interpretações que não se dispõem a fazer uma análise articulada entre as dimensões do particular, do singular e do universal.

Todavia, essa teoria desarticulada da prática conduz o profissional a armadilha do teorismo, que induz a concepção "de que a teoria se transforma em ações e, ainda que instrumentos e técnicas são aferidos, diretamente, de uma teoria" (SANTOS, 2011, p. 54). Não caiamos nessa ilusão! O movimento articulado entre teoria e prática é tanto necessário para a teoria quanto para a prática, pois ele "proporciona o objeto de conhecimento, como também o critério de verificação da verdade", sendo o "âmbito da prática o da efetividade da ação sobre o mundo, que tem por resultado transformação real desse mundo" (SANTOS, 2011, p. 31). Daí destacamos o segundo elemento principal ao nosso debate, a prática profissional.

A referida autora expõe que a "prática determina até onde pode se desenvolver o conhecimento" e se caracteriza e "ser uma ação direcionada a um objeto com finalidade de transformá-lo em algo inicialmente previsto" (p. 31). O que implica na compreensão de que essa prática, em específica a profissional do assistente social, possui três dimensões que a compõe e de forma dialética a constitui.

A dimensão teórico-metodológica, que expressa a capacidade de embasamento em um determinado conhecimento teórico, partindo de um método de leitura da realidade, ou seja, para produzir a intervenção, o profissional necessita do conhecimento sobre o objeto no qual intervirá, assim como saber como vai direcionar e estruturar essa leitura. Destarte, entendemos que a apropriação do mundo pela via do conhecimento teórico requer que o homem estabeleça com o seu objeto, determinado tipo

de relação. Nisto se constitui o método para o conhecimento da realidade posto que, antes de ser concebido como o caminho para o conhecimento ou mesmo um conjunto de etapas a serem cumpridas, o método constitui-se na mediação fundamental que se estabelece na relação entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido (FORTI; GUERRA, 2009).

A dimensão ético-política, expressa o valor (ético) e a finalidade (política) da ação profissional, define a escolha da alternativa, a partir de valores que a profissão defende, buscando alcançar uma determinada intensão sobre o objeto que está intervindo.

A dimensão técnico-operativa, expressa a capacidade de construir instrumentos e formas de operacionalização dos meios disponíveis, ou seja, executar a responsabilidade e o conhecimento procedimental.

Essas dimensões articuladas vão construir uma prática profissional, que é a manifestação da competência profissional concatenada ao Projeto Ético-Político da profissão, do qual faz parte: os valores, os objetivos as funções e os requisitos teóricos, institucionais e práticos, para o exercício da profissão, bem como, as normas para com as demais profissões e instituições. Dessa forma, ele determina as respostas dadas pela categoria às demandas da população usuária e requer um determinado perfil de profissional.

Nessa guisa, que lamamoto (2002, p. 103) afirma sobre a impossibilidade da prática profissional do assistente social ser isolada desconsiderando o processo histórico e os diferentes determinantes, que implicam na condição do usuário em atendimento no serviço. Desconsiderar essa gama de determinantes, que em geral é a expressão concreta dos interesses contraditórios, notórios à sociedade capitalista, gera "o risco de cair numa perspectiva voluntarista de declarações de belas intenções que serão subvertidas pela realidade da prática profissional".

A aproximação da profissão à teoria crítica de Marx marca a emersão do Serviço Social em uma nova perspectiva de formação e intervenção, que traz o movimento dialético da realidade para lê-la de forma dinâmica e não mecânica ou funcional. Logo, a Residência Multiprofissional se configurará no espaço de fortalecimento da formação continuada desse profissional, devendo ser, portanto, entrelaçada à direção do Projeto Ético-Político da profissão. Isso implica no comprometimento da construção de um Programa de Residência em Serviço Social concatenado à defesa e à luta por uma sociedade mais equânime e com justiça social.

A prática profissional não pode ser tratada isoladamente (IAMAMOTO, 2004, p.94), em si mesma, mas em seus condicionantes. Assim, a leitura da prática deve partir de seus condicionantes internos<sup>41</sup>, que depende do desempenho profissional ou externos<sup>42</sup>, determinados pelas circunstâncias sociais nas quais se realiza essa prática (IAMAMOTO, 2004, p. 94).

Na leitura da prática, a partir dos seus condicionantes, devemos compreender que, por mais que os internos dependam do profissional na realização da prática, eles se defrontam com os externos, que estão presentes na realidade, podendo a categoria planejar estratégias, que proporcionem a superação de valores conservadores.

É nesse sentido, que precisamos inicialmente olhar para realidade social, compreendendo a partir da totalidade social, visto que, ao longo da história da nossa profissão nossa preocupação se manteve em responder a ordem do capital, reproduzido a coerção e o controle da vida, ou até mesmo tratando os problemas sociais como de ordem psicologizante.

Destarte, apropriamo-nos de que “o movimento contraditório da prática profissional como atividade socialmente determinada pelas condições histórico-conjunturais” é mediatizado pelas próprias respostas dadas pela categoria, dentro dos limites da realidade. Consideramos que esse “movimento é condição básica para apreender o perfil e as possibilidades do Serviço Social, hoje, as novas perspectivas do espaço profissional” (IAMAMOTO, 2002, p.103). O movimento do real nos permite refletir sobre as questões que atravessa os espaços sócio-ocupacionais construindo respostas baseadas na totalidade e não de forma fragmentada e pragmática.

Assim entende-se que para construir respostas sobre o real, um primeiro elemento para pensarmos, é compreender que a prática profissional deve ser crítica e reflexiva, posto que parte por conhecer a instituição profissional sobre a qual estamos inserindo, até porque só podemos construir práticas críticas, a partir do momento que nos debruçamos para desvelar o real. É neste sentido, que o residente ainda nos seus passos iniciais no espaço institucional tem que se aproximar deste lugar tentando entendê-lo como espaço de intervenção profissional, contraditório e marcado por correlações de forças, as quais interferem e refletem na sua construção prática profissional, e na de seus pares.

---

41 Entendidos pela capacidade e competência do profissional.

42 Estes abrangem um conjunto de fatores em que o assistente social está envolvido, ou incluído como: recursos materiais, recursos locais, poder institucional, e recursos da instituição.

Nesta arena, Menezes (2017, p. 158), entende que se deve

[...] compreender que os limites impostos para a realização da prática profissional se concretizam num cenário em que o assistente social se inclui para a realização de sua prática. Assim, o profissional de Serviço Social deve entender que realiza sua prática em um espaço de interesses contraditórios.

Os interesses contraditórios estão sempre presentes quando buscamos desvelar a realidade das rotinas institucionais, visto que nestes espaços existe correlações de força, relações hierarquizadas e ainda atravessada por relações de saberes que tentam se sobrepôr ao outro. Neste sentido, em muitos momentos, nos deparamos com limites que se colocam diante do contato com o cotidiano, até porque, evidencia-se, que o cotidiano é um mundo de coisa e significações em si (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 1977, p. 11).

Para Carvalho e Netto (2010, p. 51), “muitas vezes, buscamos nosso referencial de ação nas complexas relações sociais de reprodução e dominação, ignorando o cotidiano como palco onde estas mesmas relações se concretizam e se afirmam”. É importante expor que o cotidiano não pode ser separado da história, pois este é um dos padrões que a compõem. Dessa maneira, a vida cotidiana pode ser entendida como uma essência da história já que, na vida cotidiana, é realizada a reprodução direta do indivíduo, mas também, a reprodução indireta da sociedade.

Sem falar, é necessário que o agir profissional não seja moldado na experiência, até porque em muitos momentos ao se aproximar do cotidiano, tende-se a ter uma super valorização da prática em detrimento da teoria.

[...] requisita dos indivíduos respostas funcionais às situações, que não demandam o seu conhecimento interno, mas tão somente a manipulação de variáveis para a consecução de resultados eficazes – o que não é a reprodução veraz do processo que leva a um desfecho pretendido, porém o desfecho em si; no plano da cotidianidade, o critério da utilidade confunde-se com a verdade (NETTO, apud NETTO; FALCÃO, 2010, p. 68).

A aproximação do cotidiano, pode gerar equívocos, os quais levam a consequência para a prática profissional: fracionando e fragmentando a realidade, assumindo, assim, uma “prática profissional fracionada, desagregada e parcializada, desarticulada do movimento social” (VASCONCELOS, 1998, p. 119), afirmando um discurso de que “na prática a teoria é outra” (GUERRA, 2007), ou que “o mundo da teoria é um e o da prática é outro”. Essa tendência a fragmentar gera respostas funcionais, na dimensão da singularidade.

Destarte, não cabe relação ambígua entre o campo da teoria e o campo da prática. Até porque, para Forti e Guerra (2009) a teoria tem que ser vista como crítica e busca dos fundamentos. Neste sentido: a destruição da atitude própria à consciência comum é condição indispensável para superar toda consciência mistificada da práxis e elevar-se a um ponto de vista objetivo, científico, a respeito da atividade prática do homem. Só assim podem unir-se conscientemente o pensamento e a ação.

A ênfase na prática profissional, em detrimento das demais dimensões que norteiam e perpassam o exercício profissional, é justificada recorrentemente, no interior da profissão em razão de sua funcionalidade e assume diferentes conotações de acordo com a direção sociopolítica a ela intrínseca: apostolado, assistencialista, imediatista, dialógica, mimética, reiterativa, burocrática, reposicionada, conectada à estratégia da qualidade total e à prática histórico-crítica (FORTI; GUERRA, 2009). Todavia, quando restringimos a nossa intervenção profissional, sem nenhum diálogo com nossas bases teóricas, tendemos a reproduzir o conservadorismo arraigado na nossa profissão, justamente, por sobrepor isso ações pragmáticas, mecanicistas e imediatistas.

A prática profissional do assistente social é determinada, de um lado, pelas condições sócio-históricas objetivas que estabelecem sua necessidade, delimitada por correlações de forças expressas nos confrontos e conflitos das classes sociais e os seus projetos societários; assim, explicitam-se concepções de mundo, formas de relação entre os homens e entre eles e a natureza, estrutura da sociedade, relação entre público e privado, organização política, dentre outros.

Suponhamos, em uma situação apresentada no espaço dos serviços de saúde em que são recorrentes situações de violência doméstica, onde a mulher em muitas vezes, realiza o atendimento negando a situação de violência, sempre aparece na unidade de saúde com hematomas, e costumeiramente relata quedas, até que um belo dia a mulher relata que foi violentada, e que não é a primeira vez, comunicando que sempre acontece violências. Nesta situação, qual será a primeira indagação, partindo da teoria social crítica, será justamente as questões que envolve a vítima para além do fato da violência, até porque em muitas situações a mulher tem relacionamentos abusivos, que sustentam por causa da dependência econômica, afetiva e filhos. Neste sentido, precisamos compreender a realidade concreta sempre partindo da perspectiva da totalidade, não limitando nossa intervenção de maneira fragmentada e isolada da totalidade.

Neste sentido, fica evidente, que nunca podemos limitar nosso olhar sobre a realidade de maneira focalizada, posto que só

através da aproximação da essência do fenômeno que se torna possível a resolubilidade das questões apresentadas, superando os traços conservadores e fortalecendo o compromisso ético-político.

### Considerações Finais

Os retrocessos conjunturais das políticas de saúde na contemporaneidade somados aos novos traços do mundo do trabalho apresentam uma nova realidade aos residentes. Esse cenário apresenta novos entraves e limites, que se constituem como desafios a esses profissionais, com destaque para os residentes assistentes sociais, que devem ampliar a sua competência teórico e prática a partir de uma análise reflexiva dos fenômenos que lhe chegam como demanda.

Logo, a Residência em Serviço Social deve ser um espaço que oportuniza o profissional a aproximar-se da realidade do usuário e construir o entendimento dessa realidade, articulando as dimensões da prática profissional, as quais conectam o profissional ao Projeto Ético-Político do Serviço Social. Com isso, promover uma prática profissional para além do sentido restrito de treinamento e uma formação para além dos debates da graduação, construindo uma formação teórico-prática que tem no processo de trabalho institucional a base para a formação crítica, propositiva e analítica.

A relação com as equipes multiprofissionais, é atravessada por distintos saberes, que exigem do residente uma apropriação do real, das contradições e a construção dialógica com todos que de certa forma contribui com o seu processo formativo (tutores, preceptores e docentes), edificando a partir desta relação os fundamentos que subsidiam a relação teoria e prática.

Enfim, não esgotamos aqui, o debate sobre a relação teoria e prática, visto que, temos conhecimentos sobre a densidade deste debate, porém, neste momento inicial nos debruçamos por suscitar questões, as quais, podem ser dialogadas futuramente no próprio espaço formativo da residência de maneira coletiva e reflexiva, o que já em futuras produções, haja vista, que esta produção celebra os 10 anos de avanços, lutas, residência multiprofissional em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

### REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Portaria Interministerial n.45/2007* – institui diretrizes para o credenciamento de programas e determina a composição da CNRMS destaca-se que a Portaria Interministerial nº 45/2007 (atualmente revogada pela Revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077/09).
- *Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009* - Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde

- e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Ministério da Educação (MEC). *RESOLUÇÃO N° 2, DE 4 DE MAIO DE 2010*. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Diário Oficial da União, nº 84 Seção 1 – p. 13. Brasília, 05 maio de 2010.
- *Lei Federal N° 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm) Acesso em: 03 de Janeiro de 2021. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).
- *Resolução da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde - CNRMS N° 2 DE 13 abril.2012*. Diário Oficial da União. Brasília, 16 abril de 2012.
- *Portaria Interministerial n.593/2008* – dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS: Secretaria Executiva, Subcomissões e Câmaras Técnicas. Disponível em: Acesso em: janeiro de 2021.
- BOTTOMORE, T.; OUTHWAITE, W. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1996.
- CARVALHO, M. C. B.; NETTO, J. P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 8ª edição; São Paulo, Editora Cortez, 2010.
- FORTI, V.; GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? ----- (Orgs.). *Serviço Social: temas, textos e contextos*. Coletânea nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital Financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo, Editora Cortez, 2007.
- *Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7ª edição. São Paulo. Editora Cortez, 2004.
- *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*. 6ª edição. São Paulo, Editora Cortez, 2002.
- MENEZES, D. H. L. *A prática profissional do Serviço Social nos Hospitais Universitários*. Curitiba. Editoria Prisma, 2017.
- NETTO, J. P. *Notas para a discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social*. In: *Caderno ABESS*, nº 4. Brasília, 1991.
- *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo, Expressão Popular, 2011.
- SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. *Filosofia da práxis*. 4ª edição. São Paulo, Paz e Terra, 1979.
- SANTOS, C. M. *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social*. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2011.

## CAPÍTULO 7

# A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social e sua vinculação com a dimensão ético-política: reflexões sobre o trabalho com grupos

Fernanda Kilduff

O grande desafio na atualidade é transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional em função das particularidades dos temas que são objeto de estudo e ação do Assistente Social

MARILDA IAMAMOTO  
SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE  
1998, P. 52

## Introdução

O capítulo apresenta um debate histórico-conceitual sobre a dimensão técnico - operativa no Serviço Social e suas contribuições para o trabalho com grupos na perspectiva de materialização do projeto Ético-Político.

Em observações preliminares, observa-se, nos processos de trabalho em saúde, a priorização de atendimentos individuais, tornando-se estratégico, nos espaços institucionais e no trabalho das Residências, o planejamento de atividades grupais que apontem para o fortalecimento dos processos reflexivos coletivos visando à criação e/ou consolidação de espaços de resistência e exigência de direitos.

Os debates e sínteses aqui apresentadas, resultam do trabalho de tutoria acadêmica organizada pela Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS-UFRJ). As atividades de tutoria acadêmica foram iniciadas em agosto de 2020 e, atualmente, estão em andamento, junto à equipe de Serviço Social da Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

## Desenvolvimento

Segundo Santos (2006), existem três tendências na formação profissional (com rebatimentos nos processos interventivos

nos espaços sócio-ocupacionais) que marcam, historicamente, diversas formas de conceber o tratamento dos instrumentos e técnicas no Serviço Social: a *tecnicista*, a *teoricista* e a terceira, presente no projeto de formação, vigente desde 1996, que considera a necessidade de atribuir maior importância às estratégias, técnicas e instrumentos, em estreita vinculação com os avanços teóricos e éticos da profissão.

Nesta direção, entende-se a dimensão técnico-operativa articulada às dimensões teórico-metodológica, investigativa e ético-política, que integram a formação e o trabalho profissional. No atual projeto formativo, todas essas dimensões, têm a mesma relevância para o planejamento e materialização das atividades profissionais.

Antes de prosseguir com o debate, realizam-se duas observações:

1) Os instrumentos técnico-operativos (dentre eles: visitas domiciliares, entrevistas, elaboração de relatórios, visitas institucionais, registros em prontuários, trabalho com grupos, etc.), não constituem “metodologias de intervenção”. Essa forma de entendimento, expressa as marcas do Positivismo, no trabalho e na formação profissional.

2) O que se conhece como o debate da instrumentalidade no trabalho do assistente social é diferente da discussão sobre o instrumental técnico-operativo. O debate da instrumentalidade<sup>43</sup>, refere à capacidade ou propriedade constitutiva da profissão de responder a necessidades diferentes das classes fundamentais que compõem a sociedade capitalista, enquanto *a dimensão técnico-operativa refere-se ao conjunto de conhecimentos, estratégias e instrumentos necessários ao agir profissional com os quais as/os assistentes sociais materializam, objetivam ou expressam, segundo seus objetivos e finalidades, a sua intervenção profissional* (GUERRA, 2012).

Feitas essas duas ressalvas, voltamos à análise realizada por Santos (2006) na sua tese doutoral, cujos conteúdos analíticos, se debruçam sobre as três tendências que acompanham o desenvolvimento da profissão com relação ao trato dos instrumentos e técnicas. A autora, observa que a perspectiva *tecnicista* ou *metodologista* se caracteriza por oferecer um papel de destaque ao ensino e técnicas, os quais são hipervalorizados e considerados exclusivamente como os responsáveis por uma prática com competência.

---

43 Ver GUERRA, Y. “A instrumentalidade do Serviço Social”. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Essa tendência *tecnicista* presente na herança cultural e intelectual do serviço social, caracteriza-se pela associação direta entre competência técnica e competência profissional, privilegiando-se, na formação, o aspecto técnico, tratado como um fim em si mesmo.

Segundo Guerra (2012, p.60), o *metodologismo*, foi criticado a partir do movimento de Reconceituação<sup>44</sup>, e se recicla através dos anos com o superdimensionamento do papel e o lugar do instrumental técnico-operativo.

Essa sobrevalorização dos instrumentos técnico-operativos é comum nos espaços sócio-ocupacionais e nas demandas colocadas ao serviço social pelos organismos empregadores.

Na racionalidade positivista, são os instrumentos e as técnicas de intervenção o que dariam o estatuto de legitimidade e especificidade à profissão, porém, como destacado por Netto (2009), o que legitima a profissão na divisão social do trabalho é a existência de demandas institucionalizadas (das diferentes classes) e da capacidade de responder a elas.

Para Santos (2006), a segunda tendência, denominada *teoricista*, parte da ideia de que a teoria se transforma de imediato em ações e ainda, os instrumentos e técnicas são auferidos, diretamente a uma teoria. Aqui o destaque é oferecido às dimensões teórica e política do trabalho profissional, desmerecendo-se o uso dos instrumentos e técnicas no Serviço Social.

A perspectiva de ruptura como o conservadorismo tentou precisamente romper com a herança intelectual do Serviço Social tradicional, trazendo para o debate a concepção marxista, marcada por uma racionalidade reflexiva e crítica.

Esta perspectiva trouxe novos elementos que ajudaram a repensar os instrumentos técnico-operativos, negando uma suposta neutralidade no seu manuseio, concepção defendida pela razão instrumental de cunho formal; bem como instala o Serviço Social como constituído por uma dimensão política.

A tendência denominada por Netto (1996) de “intenção de ruptura”, contribuiu para um forte debate sobre a formação

---

44 Para Netto (1996), o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, iniciado em meados da década de 1965, é sem dúvida, parte integrante do processo internacional de erosão do Serviço Social tradicional. O autor destaca dois traços pertinentes desse processo: 1) O primeiro diz respeito da relação do Serviço Social com a tradição marxista, pela primeira, se estabelece uma interlocução da profissão com a teoria crítica. Com isso, o marxismo deixa de ser estranho ao universo profissional dos assistentes sociais. 2) O segundo elemento foi uma nova relação dos profissionais no marco continental. O dado significativo é inédito: o processo de reconceituação se apoiava no explícito reconhecimento em fundar uma unidade profissional que respondesse às problemáticas comuns de América Latina.

profissional (durante 1975-1979) culminando com a instituição de um novo currículo (1982), obrigatório para todos os cursos de serviço social no Brasil.

A nova proposta curricular tentava romper com a metodologia tradicional, eliminando as disciplinas de “caso”, “grupo” e “comunidade”. Ao mesmo tempo, buscou-se empreender uma reflexão teórico-metodológica que partisse do conhecimento da sociedade, utilizando pensadores clássicos.

Na hipótese de Santos (2006), o currículo de 1982, não superou o viés positivista, pois permaneceu uma fragmentação da formação em disciplinas diferentes de metodologia, teoria e história, como se não formassem uma unidade, uma totalidade.

Percebeu-se ainda que a rejeição pelo “método” de caso, grupo e comunidade acarretou uma desvalorização da ação profissional nos atendimentos individuais e grupais. Também houve uma redução do ensino da metodologia a uma única disciplina “Metodologia em Serviço Social” e o estudo do instrumental foi visto de forma pouco relevante.

Segundo Guerra (2012, p. 62), apesar de sua relevância, a tematização da dimensão técnico-operativa foi negligenciada pelo projeto de formação de 1982, e pela produção acadêmica da categoria, neste sentido, a autora considera necessário resgatá-la, dando-lhe o merecido tratamento na cena contemporânea.

No currículo supramencionado, a dimensão técnico-operativa, foi considerada como imanente ao posicionamento teórico e ético e, com isso, os instrumentos não precisariam de um espaço específico na formação profissional. A academia passa a considerar que se deter no ensino de como operacionalizar os instrumentos seria um retrocesso ao tecnicismo.

Tal lacuna se explica, mas, não se justifica pelo receio de incorrer nos velhos ranços do Serviço Social “tradicional”. O currículo implementado a partir de 1982 priorizou o ensino da teoria em detrimento da prática (SANTOS, 2006, p. 56).

Desse modo, observa-se que as técnicas e instrumentos são fundamentais para operacionalizar qualquer trabalho profissional, então é importante trabalhar esta dimensão em relação à dimensão teórico-metodológica, investigativa e ético-política..

Destarte, o viés positivista ainda permanece presente na formação quando, equivocadamente, pensa-se que a teoria pode ser “aplicada” à prática. De acordo com Santos (2012), para Marx e Engels, a teoria é o movimento do pensamento, da razão, é expressão do ato cognitivo para compreender determinado fenômeno da realidade e não pode ser confundida com um

receituário a ser aplicado. Assim, a teoria é a forma de organização do conhecimento científico que nos proporciona um quadro integral de leis, conexões e de relações substanciais num determinado domínio da realidade.

A teoria é constante movimento e o que ela modifica não é a prática e sim a concepção e o conhecimento que os seres sociais têm sobre um determinado objeto. São os seres humanos, informados pela teoria, os que podem transformar a realidade.

Do mesmo modo, como destacado por Santos (2012), a competência teórica é indispensável na formação e no exercício profissional, mas ela sozinha não habilita para a intervenção. Os conhecimentos teóricos oferecidos na formação, precisam das definições dos fins, que envolve um plano ético e político e a escolha dos meios, que envolve também um processo de valoração e um encaminhamento técnico-operativo.

Nesta direção, e a propósito da dimensão ético-política, Brites e Mione (CFESS, 2000), observam que, no desenvolvimento de seu trabalho, os sujeitos profissionais são mobilizados a realizar escolhas entre diferentes alternativas, apoiando-se no que estabelece o Código de Ética, que coloca nos profissionais uma tensão positiva, de crescimento, entre a autonomia e o dever. Esta tensão remete ao que "eu", enquanto assistente social quero e posso fazer e àquilo que devo fazer como algo parametrizado coletivamente pelo projeto ético-político da categoria.

O Código de Ética não é um livro de receitas ou um dogma, mas um parâmetro jurídico embasado por referências teóricas críticas, filosóficas e políticas – que deve nortear o trabalho profissional diante de situações concretas, com seus limites e possibilidades. Ele é um recurso fundamental no cotidiano dos serviços. Ou seja, a perspectiva ética e normativa do Código, só se legitima na medida em que seus valores e princípios são incorporados, de forma consciente, autônoma e responsável, pelos sujeitos profissionais.

Ao retomar a terceira tendência (presente no atual projeto pedagógico do curso de Serviço Social), afirma que, a formação profissional se configura como um processo de qualificação teórico-metodológico, técnico e ético-político para o exercício dessa especialização do trabalho coletivo (ABESS/CEDEPSS, 1998, p.163 apud SANTOS, 2006).

Nesta direção, a formação deve contribuir para o desenvolvimento intelectual de uma profissão, estimulando a preparação de quadros intelectuais que possuam responsabilidade com certos aspectos da vida social, sem reduzir, o trabalho e a formação profissional, às necessidades do mercado de trabalho.

Trata-se, portanto, de formar profissionais não apenas com perfil técnico, mas sobretudo, com perfil intelectual. Profissionais capazes de atender as necessidades do mercado, mas também de propor projetos de trabalho profissional de fortaleçam as demandas, necessidades e direitos das/os sujeitos com os que trabalhamos; “profissionais envolvidos (...) com a construção de uma cidadania coletiva, capaz de abranger as dimensões econômicas, políticas e culturais da vida dos produtores da riqueza do conjunto das classes subalternas” (IAMAMOTO, 1998, p.42).

No que se refere a dimensão investigativa, o atual projeto de formação, concebe à pesquisa, como parte constitutiva da intervenção profissional e, portanto, da formação. A pesquisa das situações concretas é o caminho para a identificação de mediações históricas necessárias a superação da defasagem entre o discurso genérico sobre a realidade e os fenômenos singulares. Aliás, é a principal via para superar a reconhecida dicotomia entre teoria e prática, requalificando o trabalho profissional. Desta forma, a pesquisa, nesta proposta, não é eventual, e sim permanente no processo de formação e trabalho profissional.

As diretrizes curriculares enfatizam a dimensão investigativa e interventiva como condição central da formação profissional, a transversalidade da ética, o estágio obrigatório e necessariamente acompanhado pelo supervisor de campo e acadêmico.

A capacitação teórico-metodológica salienta a necessidade de tratar o campo das mediações possibilitando transitar dos níveis mais abstratos para a singularidade da prática profissional. A capacitação ético-política que consolide os valores e princípios legitimados no Código de Ética e que possibilite apreender o trabalho profissional em sua dimensão teleológica. O currículo de 1996 também enfatiza a necessária capacitação técnica para a materialização das competências profissionais, estipuladas na lei 8662/93<sup>45</sup>. Assim o ensino da prática pressupõe o ensino das técnicas e instrumentos para aproximar da intervenção profissional.

Esta proposta de formação profissional foi considerada no meio acadêmico inovadora, principalmente por destacar a centralidade da dimensão interventiva e investigativa e indicar a dimensão ética perpassando todo o processo de formação.

---

45 A lei 8662/93 regulamenta o exercício da profissão e estabelece, entre outras, as seguintes competências profissionais: 1- Elaborar, implementar, coordenar e avaliar políticas sociais; programas, planos e projetos com a sociedade civil; 2- Planejar, organizar, administrar e implementar benefícios e serviços sociais; 3- Planejar, elaborar, implementar e avaliar pesquisas; 4- Prestar assessorias e apoio a Movimentos Sociais; 5- Realizar estudos socioeconômicos para fim de benefícios e serviços sociais (CFESS, 2012). Todas essas ações profissionais, para serem efetivadas, requerem o uso do instrumental técnico-operativo.

Ela ressalta a concepção de unidade entre as três dimensões: técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica, bem como a concepção de que os instrumentos e técnicas devem ser escolhidos com base na pesquisa e a intenção dos sujeitos profissionais.

Assim, como destacado, em um significativo avanço na formação crítica, os instrumentos e técnicas são considerados elementos da dimensão técnico-operativa que viabilizam, materializam projetos efetivando as ações profissionais.

O que se denomina instrumental técnico-operativo ultrapassa as técnicas e os instrumentos, ele inclui o conjunto de procedimentos adotados pelo profissional visando o logro de uma determinada finalidade, bem como a avaliação sistemática sobre o seu alcance.

Nesta dimensão constitutiva do trabalho e a formação, encontram-se, portanto, estratégias, táticas, instrumentos e técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos necessários à efetivação das competências profissionais (BACKX, SANTOS, SOUZA, 2012, p.19).

Desta forma, a dimensão técnico-operativa abarca o conjunto de conhecimentos procedimentais necessários para operacionalizar uma intervenção. Com isso, torna-se necessário pensar os instrumentos a partir das demandas postas ao Serviço Social e tendo em vista a finalidade da ação profissional. É importante destacar que nenhuma técnica se define fora de uma opção teórica e ético-política e tampouco, sem a necessária e permanente ação de pesquisa para o conhecimento aprofundado da realidade.

As estratégias e técnicas de operacionalização devem estar articuladas às referências teórico-críticas, buscando trabalhar situações da realidade como fundamentos da intervenção.

As estratégias são articulações entre as trajetórias pessoais, as condições de vida, para fortalecer aos usuários e contribuir para a resolução de seus problemas.

### **Serviço Social e o trabalho com grupos na perspectiva de materialização do Projeto Ético Político**

O trabalho com grupos acompanha a gênese e o desenvolvimento da profissão. O "Serviço Social de Grupo", implementado durante o chamado período do "Serviço Social tradicional", tinha como objetivo fornecer "ajuda" psicossocial individual e também grupal, visando a "integração" e "adequação" dos indivíduos aos parâmetros da sociedade vigente.

De acordo com Netto (1996), no processo de renovação profissional<sup>46</sup> uma de suas direções, foi a vertente denominada de "Modernização Conservadora", que dará uma nova prioridade ao manejo das técnicas e instrumentos visando o "desenvolvimento da comunidade", pois se entendia que o uso do instrumental devia estar adequado para a superação do atraso econômico entendido como falta de entendimento dos sujeitos ao progresso e a modernização da sociedade.

Com isso, houve um esforço no sentido de adequar o Serviço Social enquanto instrumento de intervenção, inserido no arsenal de técnicas a serem operacionalizadas no marco de estratégias do desenvolvimento capitalista às exigências postas pelos processos sociopolíticos posteriores a 1964 (NETTO, 1996).

Todavia, nesta última vertente, continuará imperando a concepção de Serviço Social como "um conjunto de conhecimentos científicos e técnicas psicológicas e sociológicas aplicados através do processo de ajuda social à solução das situações-problemas." (DANTAS,1970 apud MOREIRA, 2013, p.58).

Essa abordagem conservadora (que se estendia ao trabalho com grupos) desconsiderava a atividade profissional como expressão de um processo de trabalho socioinstitucional, dispensando as mediações necessárias que englobam a análise da realidade social dos sujeitos, o local de trabalho e as correlações de forças em seu interior, as políticas sociais, o modelo socioeconômico de cunho capitalista e as disputas que se dão e que são próprias desses processos (MOREIRA, 2013, p.68).

Com a consolidação da perspectiva de "intenção de ruptura" com o conservadorismo profissional, como destacado, e sobretudo a partir do atual projeto de formação profissional, o trabalho com grupos ganha um novo destaque e também uma nova reconfiguração. Nesta perspectiva, esses espaços são considerados privilegiados para a socialização de informações e para a prática reflexiva junto aos usuários que demandam, no cotidiano dos serviços, nosso trabalho profissional.

Para Eiras (2012), o assistente social ao responder as demandas socioinstitucionais através da realização de intervenções grupais,

---

46 Entende-se o processo de Renovação, como o conjunto de características novas que, no marco das condições da autocracia burguesa que o SS implicou a construção de um pluralismo profissional que engloba legitimação prática e validação teórica na busca de definir-se a profissão como instituição. Quatro aspectos que sinalizam o processo de renovação: a) A instauração de um pluralismo teórico, ideológico e político no marco profissional. b) A crescente diferenciação das concepções profissionais (funções, objetivos e práticas de Serviço Social). c) Sintonia da polêmica teórico-metodológica profissional com as discussões em curso no conjunto nas ciências sociais. d) A constituição de segmentos de vanguarda, voltados para a pesquisa. (NETTO, 1996).

tem o entendimento que essas atividades têm um caráter socioeducativo, ou seja, o trabalho com grupos possui uma perspectiva socioeducativa que atribui a esses profissionais uma função/prática pedagógica.

Iamamoto (1992), destaca que, o assistente social, dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções abrindo possibilidades de redefinir o rumo da ação profissional com propostas que transcendam a mera demanda institucional. Neste sentido, o trabalho com grupos adquire especial relevância para a promoção de relações horizontais entre os indivíduos pertencentes ao grupo e o profissional, considerando a realidade social dos mesmos ao invés de buscar a "educação de suas subjetividades".

No trabalho com grupos, é importante que as/os profissionais planejem com nitidez seus objetivos, e que eles estejam sempre voltados para o acesso dos usuários a direitos e benefícios por meio de ações horizontais e coletivas de socialização de informações; que propiciem mudanças nas condições de existência e de reprodução social dos sujeitos com os quais se vem trabalhando. Em síntese, trata-se da busca pela efetivação da relação usuários/acesso aos direitos sociais, usuários/exercício da cidadania (EIRAS; PAULA, 2018, p.143).

Ao trabalhar com grupos numa perspectiva crítico-dialética, é necessário correlacionar a realidade de vida dos sujeitos com a "totalidade dos processos sociais" (EIRAS, 2012, p.142). Todos os fenômenos que abarcam a vida dos sujeitos têm seu caráter singular e universal e é através da percepção da particularidade que se pode entender a relação entre o singular e o universal.

Dessa forma, ao se propor trabalhar com grupos é necessário compreender a inserção sócio-organizacional e os atravessamentos socioinstitucionais que podem interferir nas atividades a serem realizadas grupalmente. Isso quer dizer que é preciso entender os modos de vida dos sujeitos que participam do grupo, sua condição de classe, questões culturais e demais aspectos que singularizam os indivíduos participantes; como o grupo lida com tais questões e de que forma o mesmo atua e age grupalmente (EIRAS, 2009 apud ALBIERO; BONFIM; TEIXEIRA, 2018, p.86).

Com efeito, faz-se necessário delimitar o número de participantes (mínimo e máximo), a duração da atividade e a quantidade de encontros a serem realizados conforme a análise da demanda. Ter claro o tema trabalhado em cada reunião e os recursos a serem utilizados uma vez que todo trabalho socioeducativo elenca um tema/conteúdo a ser problematizado/analísado com os participantes e que deve estar relacionado com as reais

necessidades dos sujeitos envolvidos, pois o campo temático é a possibilidade de apreensão racional das questões e problemas concretos vivenciados pelos usuários, bem como de apreensão da possibilidade de construção de alternativas concretas para sua superação (EIRAS, 2012, p.140).

Assim, a dinâmica de trabalho em grupos, pode vir a possibilitar a emergência de questões sobre os processos sociais mais amplos e sua relação com as histórias de vida dos próprios sujeitos. Permite ao assistente social a apreensão e análise de elementos que particularizam a compressão sobre as expressões da questão social que impactam o conjunto dos sujeitos. Permite ainda, a emergência de ações coletivas que possam abrir novas possibilidades de enfrentamento face aos projetos societários hegemônicos (EIRAS, 2012, p. 150).

Matos (2013) destaca a importância do registro das atividades nos processos de trabalho em saúde e suas contribuições. Sugere-se, neste sentido, a possibilidade de - durante cada atividade grupal - construir um relatório/ registro das ações realizadas, auxiliando não só na percepção do que o grupo produziu e avançou até aquele momento bem como fundamentando a revisão dos conteúdos a serem abordados, sendo que ao final do trabalho relatar para o grupo o que o mesmo construiu até o momento a partir dos relatórios.

Nessa linha de raciocínio, ao retratar a questão do registro das atividades realizadas em grupo pela/o assistente social, chama-se à atenção sobre as características desse registro: deve abarcar dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos são referentes ao tema discutido, data, horário, duração e quantidade de pessoas. Enquanto os dados qualitativos configuram-se com informações sobre o envolvimento dos participantes na discussão do tema, os pontos polêmicos apresentados e a avaliação da intervenção.

Neste sentido, é importante considerar a apreensão da dinâmica dos participantes no trabalho de grupo. Caso uma mensagem verbalizada por algum membro seja significativa, a mesma pode ser registrada na ficha e ou prontuário do usuário ou família. Vale dizer, é necessário o resgate das questões macroestruturais e conjunturais e das situações vivenciadas na singularidade.

É importante registrar qualitativamente as experiências. Assim devemos chamar a atenção para o problema da fragilidade dos registros profissionais do trabalho profissional em Serviço Social. Registros rápidos, descritivos, superficiais, empiristas, sem a mediação da teoria podem prestar-se para situações preconceituosas e discriminatórias por parte dos assistentes sociais, contrário à o estabelecido no Código de Ética. (CFESS, 2010).

Além de não reproduzir preconceitos típicos do senso comum, devemos cuidar (nas respostas profissionais e na utilização dos instrumentos técnico-operativos) de não generalizar/indiferenciar/padronizar o equalizar as respostas profissionais. A questão social é o fundamento da intervenção e cada situação requer estratégias e modalidades diferentes de encaminhamento, e, portanto, uma definição e uso de diferente de técnicas e instrumentos (CFESS, 2010).

### Reflexões finais

A dimensão técnico-operativa pode se restringir ao simples cumprimento de normas, regulamentos, objetivos institucionais, papéis preestabelecidos, respostas pré-concebidas no âmbito da política social estatal ou, ao contrário, pode se constituir no espaço da análise concreta de situações concretas, posto que na vida cotidiana há sempre uma margem de movimento e possibilidade (GUERRA, 2012).

O assistente social é autônomo no exercício de suas funções e neste sentido, torna-se um desafio da intervenção que o uso dos instrumentos garanta e viabilize direitos, que seu uso, se mantenha direcionado para a efetivação de direitos e para a proteção dos usuários e não para o disciplinamento de cunho coercitivo e moralizador. (CFESS, 2010).

Neste sentido, é fundamental que, a escolha dos instrumentos, possibilite qualificar o trabalho profissional e também permita denunciar a espoliação social vivida pelos usuários e a retirada do Estado na garantia de direitos, em consonância com um dos princípios fundamentais do Código de Ética.

A dimensão técnico-operativa, portanto, deve, desta forma, estar em consonância e nos permitir a efetivação, com seus limites e possibilidades, dos valores e princípios do Projeto Ético-Político da profissão.

### REFERÊNCIAS

- ALBIERO, C.; BONFIM, G.; TEIXEIRA, J. O trabalho com grupos no Serviço Social: contribuições para a intervenção profissional. *Caderno Humanidades em Perspectivas*, v.2 n.2, 2018.
- BACKX, S.; SANTOS, C. M.; SOUZA, R. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.
- BRITES, C.; SALES MIOME, A. *Ética e práxis profissional*. Brasília: CFESS, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (Orgs.). *O Estudo Social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- *Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão*. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
- EIRAS, A. A. A intervenção do Serviço Social nos CRAS: análise das demandas e possibilidades para o trabalho socioeducativo realizado grupalmente. In: SANTOS, C. M.;

- BACKX, S.; GUERRA, Y. *A Dimensão técnico – operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 2ª Edição. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2012.
- ; PAULA, L. G. P. P. Trabalho com grupos na saúde - contribuições do Serviço Social. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. *Serviço Social e Política de Saúde: Ensaio sobre trabalho e formação profissional*. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Júris Editora, 2018.
- GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora: 2.Ed. UFRJ, 2012.
- *A instrumentalidade do Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- IAMAMOTO, M. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.
- MATOS, Maurílio. *Serviço Social, Ética e Saúde*. São Paulo: Cortez, 2013.
- MOREIRA, C. F. N. *O trabalho com grupos em serviço social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica*. São Paulo: Cortez, 2013.
- NETTO, J. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- *Capitalismo monopolista e serviço social*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- SANTOS, C. M. *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.
- *Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do Assistente Social no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

## CAPÍTULO 8

## A preceptoria de núcleo do Serviço Social em programa de residência multiprofissional em saúde mental

Cibele da Silva Henriques, Rita Cavalcante, José Augusto Bisneto & Thaís Lisboa \*

### Introdução

O Programa de Residência Multiprofissional desenvolvido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) através das unidades docente-assistenciais integra um conjunto de propostas de qualificação permanente para trabalhadores de saúde promovido pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação. A preceptoria de núcleo do Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM), cujo Programa está sediado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, constituiu-se como uma nova atribuição privativa de assistentes sociais desde a implantação da primeira turma em 2010.

Com onze anos de experiência, a preceptoria de núcleo se insere na proposta pedagógica centrada no processo de ensino-aprendizagem a partir de uma inovadora relação entre trabalho e formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Articula de modo integrado teoria e prática em espaço interprofissional, porém, assentado sobre conhecimentos de um arsenal teórico crítico vincado aos fundamentos do Serviço Social e comprometido com a agenda ético-política da reforma psiquiátrica antimanicomial.

Este ensaio tem como objetivo reconstituir parte do trabalho da preceptoria de núcleo do Serviço Social neste Programa de Residência Multiprofissional que, anualmente, seleciona cinco assistentes sociais e mais cinco das seguintes profissões: psicologia, enfermagem e terapia ocupacional. Assim, entre a primeira turma formada em 2012 até a egressa em fevereiro de 2020, tivemos 38 assistentes sociais concluintes dessa especialização. Dois docentes da Escola de Serviço Social da UFRJ, duas assistentes sociais lotadas no Instituto de Psiquiatria (IPUB) e três egressos deste mesmo Programa experimentaram em distintos períodos o trabalho de preceptorar numa década de profundas mudanças regressivas na direção da economia e da política brasileiras e na própria orientação da política pública de saúde mental no país.

## O processo pedagógico da preceptoria de núcleo do Serviço Social

A formação na residência implica uma imersão no mundo do trabalho enquanto espaço e matéria prima que aciona conhecimentos das graduações envolvidas e daqueles que contribuam para desvelar as demandas de saúde e propor respostas consequentes. Trata-se da construção coletiva de metodologias ativas de aprendizagem vinculadas à assistência direta às/os usuárias/os e ao trabalho coletivo de saúde, resultando em educação permanente para residentes, profissionais e docentes, bem como a construção de um processo coletivo de trabalho sintonizado com os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) – a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde – com vistas à promover o acesso ampliado da população à bens e serviços para a promoção e reestabelecimento da saúde integral, aqui entendida como condicionada pelo acesso e pela qualidade da alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Portanto, a preceptoria de núcleo do Serviço Social contribui para desvelar os determinantes sociais de saúde postos no cotidiano do trabalho e para projetar intervenções criativas e orgânicas às orientações éticas e técnicas definidas no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, ambos de 1993.

É a partir dessa perspectiva de cuidado integral e integrado as diversas áreas do saber que os programas de residência multiprofissional em saúde coletiva e em saúde mental tem construído abordagens compartilhadas de cuidado em saúde e em saúde mental que corroboram para a construção da cidadania, enquanto uma experiência de cuidado em liberdade e que promovam a co-criação de saberes multidisciplinares em conjunto com residentes, docentes e usuárias/os. No caso do Programa do IPUB, o projeto político-pedagógico é orientado para desinstitucionalizar usuárias/os de saúde mental com histórico de longa internação ou de internações psiquiátricas recorrentes, o que significa, segundo os italianos que influenciaram o processo da reforma psiquiátrica brasileira a edificação de um outro lugar social para a loucura e não apenas a alta do manicômio. Como lembrou Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 90), “[...] o objeto sempre foi a ‘existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social’”, propiciando uma liberdade com alternativas reais de escolha àquele tomados como incapazes de trocas no espaço social comunitário. Para os autores italianos, a psiquiatria se constituiu como instituição dissociando seu

"[...] objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade" (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 90). Daí, ser conhecido que a Reforma Psiquiátrica não se limitou à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, embora essa dimensão para o trabalho e para a formação em saúde mental também seja relevante, mas como abertura e defesa da condição de cidadania do louco sustentada por uma nova base conceitual, legislativa, cultural e de serviços de saúde mental (AMARANTE, 1998).

Conquanto, inúmeros são os desafios que obstaculizam a materialidade desse projeto inovador de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e de uma conseqüente formação em serviço, que tem sua gênese no contexto macrossocietário neoliberal de ofensiva brutal para a classe que vive da venda da força do trabalho e de concentração crescente de capital para uma minoria rentista capitalista. Portanto, a Residência Multiprofissional em Saúde vive um paradoxo, na medida em que já surge sob forte disputa da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, como uma experiência insurgente de agenciamento da universalidade da saúde pública que forma sujeitas/os políticos para a sustentação do sistema de saúde público brasileiro em meio ao desfinanciamento crescente das ações de promoção, proteção e recuperação à saúde da população usuária destes serviços, em sua maioria negra e periférica, que sofrem mais com a descontinuidade das ações relativas às políticas da seguridade social.

É nesse cenário de continua desregulamentação e flexibilização de direitos sociais e trabalhistas associado ao pacote de privatização dos serviços sociais, da vida social e dos vínculos de trabalho que a inserção de grupos profissionais qualificados para o SUS se torna uma experiência desafiadora e que tem sido experimentada pelas/os sujeitas/os políticos de modo adverso e plural, pois o ingresso no mercado de trabalho dos egressos das residências multiprofissionais tem sido feita por meio de vínculos de trabalho fragilizados e ou temporariamente determinados por interesses políticos diversos – conservadores, reacionários e religiosos – que instaram a rotatividade funcional e a desproteção social para os profissionais e usuárias/os.

O cenário atual da pandemia da COVID-19, que assolou o mundo desde o primeiro trimestre de 2020, aprofundou a crise estrutural do capital em curso, bem como os processos de precarização das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, em particular, negras/os periféricas/os que são usuários da política de seguridade social. A Central Única das Favelas (CUFA) e a Favela Holding aponta que negras/os sofrem mais com os efeitos da crise que se acentua no contexto da crise sanitária da COVID-19.

A população negra sentiu mais os efeitos econômicos do coronavírus do que os não negros, especialmente quanto à diminuição da renda (73% versus 60%), não pagamento de contas (49% versus 32%) e perda de emprego, próprio ou de alguém próximo (36% versus 28%). E quatro em cada dez brasileiros negros afirmam ter faltado dinheiro para comprar comida durante a pandemia. Além disso, a população negra pediu mais o auxílio emergencial, mas os brancos tiveram maior taxa de sucesso; 43% dos negros e 37% dos não negros pediram o auxílio; e 74% dos negros que pediram conseguiram a renda emergencial, comparados a 81% dos não negros. Entre os moradores de favelas, quase sete em cada 10 famílias pediram o auxílio e 41% dos que solicitaram ainda não conseguiram receber a renda básica emergencial; 80% das famílias estão sobrevivendo com menos da metade da renda que tinham antes da crise do COVID-19, e o desemprego é o dobro do que fora desses locais periféricos. Os dados são da pesquisa "Pandemia na Favela - A realidade de 14 milhões de favelados no combate ao novo coronavírus", realizada pelo Data Favela (LOCOMOTIVA, 2020, sp).

É nesse contexto dramático para a classe trabalhadora, que inclui os egressos das residências multiprofissionais que intervêm nas expressões da "questão social" em tempos pandêmicos, que percebemos que as relações de trabalho são cada vez mais flexibilizadas em prol do atendimento emergencial a crise sanitária e econômica em curso. Os contratos trabalhistas que já atendiam as requisições neoliberais – contratação por tempo determinado; contratação por organizações sociais sem fins lucrativos; contratação como pessoa jurídica - se intensificam e revelam a extrema desproteção social aos trabalhadores de saúde, além dos riscos relativos à biossegurança quando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foram insuficientes para atender a demanda daqueles envolvidos no trabalho coletivo em saúde. Os coordenadores dos programas de residência multiprofissional, tutores, preceptores e os próprios residentes organizados foram fundamentais para dar visibilidade a presença destes trabalhadores nas equipes e para pautar o acesso aos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) e o treinamento de seu correto uso. Em meio a uma conjuntura conservadora de fortalecimento do negacionismo, que é herdeiro do golpe jurídico-midiático e político de 2016 sustentado por acordos entre políticos da direita conservantista moderada e da direita neoconservadora extremista, temos um ataque à ciência e à Universidade Pública, mesmo quando ela produz respostas pela pesquisa e pela assistência à saúde durante a pandemia da COVID-19.

Com o aprofundamento da crise, a tendência à mercantilização do conjunto da vida social se agrava.[...] Da mão do negacionismo do real, as mesmas efetivam a escalada política do Governo Federal

para dismantelar a estrutura e o funcionamento da ciência no Brasil, inserindo uma visão tecnicista de pesquisa, combinada com uma política de negação e desvalorização da Ciência e particularmente das Ciências Humanas e Sociais, bem como a desqualificação de qualquer forma de pensamento crítico (ABEPSS, 2020, p. 3).

A preceptoria de núcleo do Serviço Social no PRMSM do IPUB/UFRJ tem contribuído, então, para uma apropriação da Teoria Social crítica que faculte apreender os desafios da desinstitucionalização no tempo presente. Como construir projetos terapêuticos singulares, como se nomeia na saúde mental, quando o lugar social para o louco está sob profunda ameaça?

A democracia liberal brasileira se converte, finalmente, num arranjo político voltado centralmente para a retirada de direitos democráticos. Sem nunca ter gozado de suas virtudes, a democracia brasileira compartilha de todos os males das democracias europeias do tempo presente, as quais, desde os anos 1980, se esmeram em concretizar o histórico projeto liberal de apartar a democracia do *demos*, blindando as instituições do regime diante da pressão e participação populares. Antes de se efetivar muitos dos direitos previstos em lei, a *democracia blindada* brasileira já dirige todas as suas armas contra eles, clamando pela supressão daquilo que jamais concretamente existiu, afirmando ser vetusto aquilo que sequer nasceu. (DEMIER, 2017, p. 98)

Não se trata de uma visão pessimista, mas realista com a qual a preceptoria de núcleo do Serviço Social em sua responsabilidade de formação convoca as assistentes sociais residentes a reconhecer o solo de subtração de direitos sociais e humanos em curso, tendência que as desafia na elaboração de um plano de trabalho interprofissional voltado a uma sociabilidade radicalmente democrática, onde pessoas com transtornos mentais possam viver com acessos aos bens e serviços necessários.

Essa orientação acadêmica, ético e política da preceptoria de núcleo do Serviço Social coaduna com a programática do atual projeto de formação da Área e implica do ponto de vista operativa em uma agenda de atividades regulares e de metodologias participativas de aprendizado que requer. Essas ações no âmbito do PRMSM do IPUB/UFRJ podem ser apresentadas da seguinte forma:

#### *Diretamente com as/os assistentes sociais residentes*

Há razoável confusão entre o trabalho da supervisão acadêmica de estagiários e a preceptoria de núcleo do Serviço Social nas residências, sendo ambas atribuições privativas da profissão. Ocorre que a analogia é um equívoco, considerando o momento

profundamente distinto entre a condição de estar estagiário e de já estar profissional em formação. Neste caso, a preceptoria aproxima dois profissionais, um na condição de preceptor e outro no lugar de preceptorando, que mobilizam conhecimentos das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para problematizar e dar direção ao trabalho profissional. A preceptoria se torna um espaço de sínteses a partir do material singular das expressões da questão social manifesta por sujeitos reais que as vivem e as comunicam aos profissionais da saúde mental. Esse material normalmente é trazido pelas residentes com prévia reflexão e elaboração de questões que nos facultam juntas investigar, tematizar e problematizar, conforme propõe metodologias ativas da educação popular. Os encontros regulares da preceptoria, por vezes, desenvolvido de forma semanal ou quinzenal, tende a acionar conhecimentos da formação do Serviço Social para examinar temas, como o trabalho coletivo em saúde, políticas sociais, política de saúde mental, desinstitucionalização, questão social e as questões racial e de gênero, território, determinação social de saúde, determinantes sociais de saúde, dentre outros.

Na PRMSM do IPUB/UFRJ, a preceptoria de núcleo de cada área se dá durante o primeiro ano. Já a preceptoria de campo, passível de ser realizada por qualquer profissão, ocorre desde o início do curso de Residência Multiprofissional e se aprofunda no segundo ano diretamente com os trabalhadores dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tanto na preceptoria de núcleo quanto na de campo encontramos assistentes sociais egressas do mesmo Programa, que facultam uma visão e uma comunicação entre pares no processo de formação, na medida em que essas preceptoras também dispõem da experiência de passagem pela especialização e se encontram como trabalhadoras atualmente na RAPS do Município do Rio de Janeiro. Delas também advêm a sinalização do quanto se deterioram os vínculos de trabalho na saúde quando observamos as chamadas parcerias público-privadas – mecanismo fundamental da contrarreforma do Estado brasileiro – sendo encontrável contratos de trabalho celetistas por tempo determinado e por meio de contratação de pessoa jurídica, no caso o Microempreendedor Individual (MEI).

De forma concomitante, através da luta antimanicomial, ainda dispomos de agentes públicos na gestão do Município do Rio de Janeiro e do Estado alinhados aos preceitos do cuidado em liberdade. Observamos que essas preceptoras assistentes sociais passaram a ocupar funções de coordenações técnicas nos Centros de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas nos últimos três anos, lembrando que estes serviços da

RAPS são espaços privilegiados onde o sofrimento psíquico se apresenta muitas vezes na forma da crise associada às expressões da questão social, como a má alimentação, a situação de rua, o desemprego, a perda de benefícios de transferência de renda, as violências, o racismo etc. Temos a hipótese de que este crescimento de assistentes sociais na coordenação dos serviços do tipo CAPS III está diretamente relacionado ao agravamento das condições de vida da população, concomitante ao desfinanciamento das políticas sociais públicas, o que amplia o desafio de construir um lugar social para os loucos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Assim, a preceptoria de núcleo reúne trabalhadoras da RAPS, docentes da Escola de Serviço Social da UFRJ e outras assistentes sociais concursadas e lotadas no IPUB. Esse compartilhamento de distintos mirantes de trabalho junto com a formação interprofissional em que se encontram as residentes conforma um processo ampliado de aprendizagem entre todos os sujeitos envolvidos.

### *Ensino com todas/osas/os residentes*

O PRMSM do IPUB/UFRJ dispõe de disciplina, cujo conteúdo programático prevê quatro encontros para cada preceptoria de núcleo apresentar a sua profissão a todos os residentes em formação. Neste caso, a preceptoria do Serviço Social organiza o seu conteúdo distribuído com este sequenciamento temático: o social como objeto de investigação da ciência na modernidade; a emergência da “questão social” nas relações sociais capitalista e suas expressões contemporâneas no Brasil e na saúde; as lutas sociais e a resposta do Estado através das políticas sociais e, finalmente, a institucionalização do Serviço Social no Brasil, sua renovação, seu atual projeto hegemônico de profissão e seu trabalho profissional na saúde mental.

Embora não se consiga aprofundar cada eixo temático – o “social”, a “questão social”, a política social e o Serviço Social – para profissionais distantes das Ciências Sociais e mais ainda da Teoria Social crítica, chama-nos a atenção o desconhecimento da esfera do social como objeto de investigação científica, reduzindo-se, de um lado, a “problema social” apreensível de forma fenomênica através do relato direto dos usuários e dos seus familiares e, de outro, a associação de que qualquer problema dessa ordem deva o assistente social ser chamado a intervir. O empobrecimento e a fragmentação do social, respectivamente, dificultam os profissionais da enfermagem, da terapia ocupacional e da psicologia de apreender os nexos entre o sofrimento psíquico vivido pelos indivíduos e a sociabilidade conservadora e regressiva em

direitos em curso no país. Com as aulas do módulo do Serviço Social, mais do que falar da profissão em si, desvela-se algumas categorias do real que podem se tornar conhecimentos compartilháveis no trabalho coletivo em saúde, trazendo-se bibliografia para leitura, manejos de casos, reportagens, músicas, jogos interativos e os princípios partilháveis entre os códigos de ética profissionais.

### *Participação no planejamento do PRMSM*

Por fim, a preceptoria de núcleo também participa do monitoramento e da avaliação do processo de ensino e aprendizagem através de reuniões ampliadas promovidas pela Coordenação do PRMSM, onde se encontram todas as Áreas envolvidas e profissionais do *staff* do IPUB responsáveis por espaços de formação dos residentes. Nestes encontros regulares, discutimos tanto processos institucionais que afetam a formação, como os cuidados de biossegurança no início da pandemia da COVID-19; quanto estratégias pedagógicas mais precisas para cada residente no primeiro ano. Assim, não só as/os residentes são convocados a desenvolver um trabalho cooperado durante a especialização, como também as preceptoras de núcleo passam a melhor conhecer as outras Áreas da saúde, sua visão de mundo e questões tomadas como relevantes no projeto político pedagógico deste Programa no IPUB/UFRJ.

### **Considerações finais**

Longe estamos de esgotar o trabalho profissional das assistentes sociais na condição de preceptoras, cuja atividade no âmbito da residência multiprofissional do Instituto de Psiquiatria da UFRJ completou onze anos. Se por um lado, a aproximação com esta nova atribuição privativa foi respondida pelos professores que já ministravam a supervisão acadêmica de estágio; logo se verificou que o processo de ensino com assistentes sociais postas cotidianamente no espaço do trabalho em saúde mental não se equiparava a uma disciplina com ementa pré-definida nem conhecimento prévio das mediações necessárias para se apreender “casos” complexos levados pelas residentes às preceptorias. Os relatos de experiência exigem aproximações sucessivas a partir da Teoria Social crítica que desvelam pouco a pouco as mediações que particularizam o processo de adoecimento psíquico e dão pistas para uma atividade profissional consciente das escolhas possíveis de intervenção. Não são tomados como “casos” em si, porém, exigem uma leitura refinada do real que articule expressões individuais e coletivas no processo de adoecer e de edificar projetos de vida e de trabalho na saúde mental.

Sabemos que a atual ofensiva neoliberal nos recruta para imensos desafios no que tange ao trabalho e formação profissional no âmbito do SUS, que vai desde a inclusão das pautas antirracistas, antiproibicionistas, antimanicomiais nas instituições educacionais formativas e nas instituições assistenciais até a construção de uma “ética do cuidado” para quem cuida, possibilitando aos profissionais de saúde que atuam no SUS a possibilidade de construir um agir qualificado e que construa “resistências multiprofissionais em saúde” frente ao desinvestimento estatal nas ações e serviços de saúde para a população usuária dos SUS, que inclui nós – usuárias/os, residentes e docentes.

#### REFERÊNCIAS

- ABEPSS; ENESSO; CRESS-RJ; CFESS. *Trabalho e Ensino Remoto Emergencial*. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/noticias/trabalho-e-ensino-remoto-emergencial-386>. Acesso em: 23 jun 2020.
- AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. RJ: Ed. FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.
- DEMIER, F. *Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.
- Instituto Locomotiva da Central Única das Favelas (CUFA) e da Favela Holding. Link disponível: <https://www.cufa.org.br/> Acesso em 11/02/201. Link do Webinar: <https://www.youtube.com/watch?v=ij2cXjXVc94>.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

\* Cibele da Silva Henriques e Rita Cavalcante colaboraram igualmente para concepção e planejamento do artigo, para a redação e aprovação da versão final do manuscrito; José Augusto Bisneto e Thais Lisboa colaboraram para a concepção do manuscrito.

## CAPÍTULO 9

## Violência Doméstica: um tema ausente nas Residências em Saúde

Rosana Morgado

### Situando o debate

Este capítulo tem por objetivo problematizar a ausência do tema violência doméstica, como uma das expressões da violência de gênero, na maioria dos programas de formação das residências brasileiras.

No Brasil as Residências Multiprofissionais em Saúde têm como finalidade, formar profissionais qualificados para prática interprofissional colaborativa, em coerência com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo por referência os eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A vivência dos programas de Residência em Saúde se configura como uma forma de possibilitar a busca pela integralidade em saúde. Participar de um processo formativo que se baseia na construção articulada de diferentes profissões da saúde, buscando construir um saber comum, onde se agreguem as contribuições dos diferentes núcleos profissionais, efetiva, de fato, uma prática renovadora na saúde (SILVA, et al., 2019).

A aprendizagem significativa também é um princípio fundamental das residências, referindo-se a uma pedagogia que propõe, ao profissional de saúde, um papel mais ativo no processo, potencialmente mais significativo e relacionado com suas experiências prévias. Acredita-se que o residente consiga exercitar o desenvolvimento do raciocínio, da crítica e da transformação, tornando-se sujeito integrante e participante de sua formação, potencializando a sua consolidação como ator político (SILVA, et al., 2019).

A formação em saúde ainda é um "nó crítico" das propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil. Destacamos alguns desafios para o processo de ensino-aprendizagem nos contextos concretos do SUS: falta de diálogo entre profissionais, preceptores e tutores; falta de preparação para o trabalho coletivo, inclusive, para a produção de conhecimento; falta de profissionais com perfil e disponibilidade para a preceptoria/tutoria. Além de que, é comum, na área da saúde, a tendência de profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada. As residências em saúde se apresentam como

projetos vigorosos de formação profissional com uma grande diversidade de sentidos atribuídos e organizações didáticas (SILVA, et al., 2019).

Nesse sentido, é fundamental problematizarmos a importância de que temas transversais estejam presentes na formação e qualificação profissional em saúde e a violência doméstica conjugal é um deles.

Um dos grandes mitos em torno da VD conjugal contra a mulher refere-se à ideia de que a sua existência se restringe às classes de menor poder econômico. Mundialmente os dados indicam tratar-se de um fenômeno antigo, presente em todas as classes sociais e em todas as sociedades, das mais desenvolvidas as mais vulneráveis economicamente, compreendendo um conjunto de relações sociais que complexificam sua natureza e suas formas de enfrentamento.

A naturalização do fenômeno (Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher), a culpabilização da mulher (Mas, se é tão ruim, por que ela não se separa?) e a sacralização da instituição família (A família está unida com base em laços de amor) concorrem, para que a sociedade de forma geral tenha certa tolerância com a existência das diferentes formas de violência no âmbito das relações interpessoais.

O feminicídio perpetrado por ex-parceiros ainda não é devidamente registrado e analisado no Brasil, afirmam os assim, que *esta é uma dimensão ainda invisível nas políticas, programas e serviços de proteção às mulheres*. O momento em que a mulher busca romper a relação de violência, configura-se como um dos momentos de maior perigo para a sua integridade física, bem como para sua própria vida. Este momento por vezes estende-se por anos.

No Reino Unido a continuidade da violência após a separação é debatida há pelo menos 20 anos. Assim, a literatura sobre VD e os profissionais da área expressam hoje, um consenso sobre a continuidade da violência após a separação. É com base neste consenso que problematizações e proposições são feitas como: a análise sobre o “exílio forçado” imposto às mulheres que decidem se separar, mapeando o tempo, a distância percorrida e o número de mudanças necessárias para que as mulheres se sintam novamente seguras; a necessidade de priorizar estas mulheres na obtenção de casas (política habitacional); o papel dos abrigos e serviços especializados; e a eficácia das medidas protetivas. Todas as ações são mais complexas quando se trata

das mulheres negras e das não britânicas, especialmente quando sua situação legal não está regularizada<sup>47</sup>.

O relatório intitulado *Femicide Census* (2017), em sua terceira edição, revelou que, entre 2009 e 2017 no Reino Unido:

uma mulher é morta a cada três dias por um homem; uma mulher é morta por seu parceiro ou ex-parceiro a cada quatro dias; um terço das mulheres é morta pelo parceiro masculino após a separação, das quais um terço é morta no primeiro mês e três quartos dentro de um ano (FEMINICIDE CENSUS, 2017, p. 8). (tradução livre)<sup>48</sup> (grifo nosso)

Em 2017, 22 mulheres foram mortas pelo ex-parceiro, ao se separarem ou quando estavam providenciando a separação. Mais da metade (55%, n = 12) destas mulheres foram mortas no primeiro mês de separação e 19 (87%) foram mortas no primeiro ano de separação (FEMINICIDE CENSUS, 2017, p. 9).

Bowstead (2017) em uma de suas pesquisas monitorou os movimentos de 20 mulheres, identificando: o número de mudanças, as distâncias percorridas e o tempo que levaram para se sentirem seguras. Segundo ela, "após o exílio inicial, as mulheres entrevistadas fizeram até 10 mudanças". As viagens incluíam "estadias em locais provisórios - de meses até mais de um ano -, além de longas distâncias; e o tempo total desde a primeira saída do agressor até a realocação relativamente regular variou de 7 meses a 5 anos, com uma média de dois anos e dois meses" (BOWSTEAD, 2017, p. 115).

Neste sentido, consolidar estatísticas brasileiras com abrangência nacional de violências, discriminadas por sexo, relacionadas ao grau de parentesco e discriminado a situação do relacionamento, oferecerão subsídios fundamentais, para a estruturação de políticas públicas de enfrentamento do fenômeno, que têm que ter enraizamento municipal e regional.

É importante assim, que os dados relativos aos municípios e agrupados por regiões possam ser utilizados como base de referência, para pautar agendas estratégicas municipais/regionais/nacional, sobre as formas de enfrentamento condizentes com as distintas realidades.

---

47 Para o aprofundamento dos estudos foi realizada entre Junho/2019 e Fevereiro/2020 a pesquisa de pós-doutorado, com bolsa do CNPQ, vinculada a Universidade King's College/Londres, sob a supervisão da Profa.Dra. Cathy McIlwaine. Além da revisão da literatura, participação em seminários e em um grupo de estudos de gênero na King's College, foram realizadas 7 entrevistas com profissionais de Organizações Não Governamentais e do setor público que atendem mulheres em situação de VD e uma pesquisadora do tema.

48 Serão utilizados excertos dos artigos estudados em inglês, fazendo sua livre tradução.

## Sobre Violência Doméstica Conjugal

É importante enfatizar que a VD conjugal é um fenômeno social de grave violação dos direitos humanos, acarretando inúmeras consequências físicas e psicológicas para as vítimas e também para as crianças e adolescentes que a presenciam. Afirma-se assim, que a VD é um fenômeno que “se expressa *nas* relações interpessoais, sendo diferente de pensá-lo como fruto *das* relações interpessoais” (grifos no original) (MORGADO, 2012, p. 37).

Esta perspectiva de análise pressupõe, tal como propõe Almeida (2007, p.28), pensá-lo como um processo “macro e micropolítico, que se desenvolve em escala societal e interpessoal”. Pressupõe ainda, que façamos um esforço para dessacralizar a família, analisando-a como uma instituição social que, como as demais instituições sociais, está atravessada por relações de poder hierarquizadas com base nas dimensões estruturantes da sociedade: classe, gênero e raça/etnia. Sem este esforço, a utilização de categorias para classificar as famílias como desestruturadas, desajustadas ou disfuncionais, continuará a fazer parte dos pareceres profissionais, perpetuando formas de intervenção culpabilizadoras e patologizantes do fenômeno (MORGADO, 2001, p.20).

É importante também realçar que a análise da VD conjugal, tem aqui por referência a perspectiva de gênero. Sobre o conceito de gênero, concorda-se com Saffioti, quando afirma que:

Este conceito (gênero) não se resume a uma categoria de análise, não obstante apresentar muita utilidade enquanto tal. Gênero também diz respeito a uma categoria histórica, cuja investigação tem demandado muito investimento (...) havendo um campo, (...) de acordo: o gênero é a construção social do masculino e do feminino. O conceito de gênero não explicita necessariamente, desigualdades entre homens e mulheres. (...) A desigualdade longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais (SAFFIOTI, 1999, p. 83).

Ao desconsiderar a complexidade do fenômeno, inclusive a continuidade da violência após a separação (MORGADO, 2018), diferentes segmentos da sociedade, bem como profissionais, têm como expectativa/exigência, a ruptura imediata da relação. O não-rompimento imediato da relação tem atuado, como um dos principais alicerces, para que estas mulheres sejam consideradas/denominadas como passivas ou cúmplices da(s) relação(ões) de violência(s).

Saffioti e Almeida (1995) se posicionaram contrariamente às duas concepções acima, refutando ainda, a ideia de que na relação de violência, a mulher possa ser considerada como não-sujeito, ou como "coisa".

Segundo as autoras:

As vítimas, embora possam se sentir paralisadas pelo medo e/ou tratadas como objetos inanimados, não deixam, pelo menos de esboçar reações de defesa. (...) A posição vitimista, na qual a vítima figura como passiva, sem vontade e inteiramente heterônoma, além de não dar conta da realidade histórica, revela um pensamento extraordinariamente autoritário (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995, p. 35).

Os movimentos feministas, a partir da década de 1980, tiveram um papel fundamental na demanda pela estruturação de equipamentos e serviços de proteção às mulheres, especialmente quanto à violência de gênero, à época centrada principalmente sobre a VD conjugal.

Nesta direção, Barsted (2007) ressalta que:

(...) a partir da década de 1980, passaram a ser demandadas políticas públicas no sentido mais amplo. Em tese, políticas públicas implicam a geração de um conjunto de medidas que pressupõem uma certa permanência, coerência e articulação dos distintos poderes e esferas de governo (BARSTED, 2007, p. 119).

A implantação das delegacias especializadas para o atendimento a mulheres, visibilizou de forma crescente a violência doméstica, entendida como

qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher adulta, criança ou adolescente, perpetrada, geralmente, no lar ou na unidade doméstica por um membro da família (marido, pai, padrasto, companheiro). Este fenômeno particulariza-se pelo fato de existir vínculo entre os seus protagonistas. (...) A violência doméstica, portanto, apesar de não estar circunscrita à família, tem nessa instituição o seu habitat perfeito, em razão de ser a família hegemonicamente representada como o lugar acima de qualquer suspeita (POUGY, 2007, p. 75).

Nos anos 2000, podemos destacar como marcos fundamentais para o enfrentamento às violências contra as mulheres: a criação, em 2003, da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM); o lançamento em 2005 do primeiro Plano Nacional de Políticas Públicas para Mulheres; a aprovação da Lei 11.340 em 2006; o Pacto Nacional para o Enfrentamento da Violência contra a Mulher em 2007; e a aprovação da Lei 13.104 / Femicídio em 2015.

A Lei 11.340, mais conhecida como Maria da Penha, criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher criminalizou a violência doméstica contra a mulher, criou os Juizados Especiais de Violência Doméstica e estabeleceu medidas de assistência e proteção à mulher em relação à violência doméstica e familiar.

A Lei 13.104 alterou o código penal para incluir mais uma forma de homicídio qualificado, o feminicídio, quando um crime é cometido contra a mulher por razões de gênero feminino.

Apesar de uma avaliação positiva dos avanços legalmente alcançados, a implementação das diretrizes tem enfrentado enormes desafios, especialmente nos últimos quatro anos, quando, por exemplo, a SNPM foi incorporada pelo Ministério da Justiça (2016) e mais uma vez modificada pelo atual governo (2019), sob o nome de: Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, coordenado pela Ministra Damarens Alves, que afirma ser "terrivelmente cristã", ressaltando em um de seus primeiros pronunciamentos que: "Atenção! Meninos vestem azul e meninas rosa". Membros do atual governo federal manifestaram-se regularmente contra a "ideologia de gênero", alegando que ela destrói a Família.

O Atlas da Violência ressalta que em 2018, uma mulher foi assassinada no Brasil a cada duas horas, totalizando 4.519 vítimas e que

embora 2018 tenha apresentado uma tendência de redução da violência letal contra as mulheres na comparação com os anos mais recentes, ao se observar um período mais longo no tempo, é possível verificar um incremento nas taxas de homicídios de mulheres no Brasil e em diversas UFs. Entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres. (IPEA, 2020, p.35)

Ainda de acordo com o Atlas da Violência, no que se refere aos anos de 2017 e 2018, se é possível identificar-se uma queda de "12,3% nos homicídios de mulheres não negras, entre as mulheres negras essa redução foi de 7,2%". Em 2018, "68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras". Contudo, analisando-se o período entre 2008 e 2018, essa diferença fica ainda mais evidente: "enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%" (IPEA, 2020, p.37).

Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUR), o Brasil ocupa a 5ª colocação no ranking mundial de feminicídio. Mulheres são mortas 48 vezes mais do que no Reino Unido, 24 vezes mais do que na Dinamarca e 16 vezes mais do que no Japão ou na Escócia (ACNUR, 2018).

Em relação aos homicídios ocorridos na residência, o Atlas da Violência (2020) ressalta que: "30,4% dos homicídios de mulheres

ocorridos em 2018 teriam sido feminicídios – crescimento de 6,6% em relação a 2017. (IPEA, 2020, p.39)

Desde 2016 é possível identificar a redução dos serviços de proteção às mulheres vítimas de VD. O Brasil é formado por 5.570 municípios, com uma população total de aproximadamente 210 milhões, dos quais 51,7% são mulheres. Em 2017, a ONU Mulheres já havia alertado para a diminuição das DEAM no país, de 504 para 490. Em 2018, o IBGE identificou apenas 368 delegacias especializadas, distribuídas em 447 cidades do país. Em relação aos abrigos, houve queda de 95 para 58 e, em 2018, dados divulgados pelo IBGE indicam a existência de apenas 43 (IBGE, 2019).

Para finalizar este item, considera-se importante aproveitar este artigo para apresentar a rede de atendimento do Estado e do Município do Rio de Janeiro. Ambos contam atualmente, em seu organograma, no Estado com a Subsecretaria de Política para as Mulheres, vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos e no Município, agora em 2021, a Secretaria de Políticas e Promoção da Mulher recuperou sua autonomia na gestão.

No âmbito estadual os equipamentos especializados são: o Centro Integrado de Atendimento à Mulher - CIAM Márcia Lyra (2001), o CIAM Baixada (2008), em Nova Iguaçu e o CEAM Queimados (2014), em Queimados, além do recém inaugurado CEAM de Itaguaí (2020). Funcionam também a Casa da Mulher de Manguinhos, a Casa Abrigo Lar da Mulher, ambas no município do Rio de Janeiro e a Casa de Passagem, em Volta Redonda,

No âmbito municipal funcionam: o Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) Chiquinha Gonzaga, a Casa Viva Mulher Coralina (Casa Abrigo). As Casas da Mulher Carioca Tia Doca (Madureira) e Dinah Coutinho (Realengo) que, além de oferecer cursos de profissionalização e outras atividades para mulheres passaram, em 2018, a atender também as situações de VD conjugal.

Localizado no município do Rio funciona, na Vila do João na Maré, desde 2000, o Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM - CR), em 2004, passou a ser administrado pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CFCH – UFRJ). A partir de 2016 o Centro de Referência para Mulheres Suely Souza de Almeida, vinculado ao NEPPDH/UFRJ, iniciou suas atividades na Ilha do Fundão. Os dois centros estão hoje vinculados ao NEPPDH, órgão suplementar do CFCH<sup>49</sup>.

---

49 Para maior detalhamento, consultar: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/crmm/historico.html>.

A equipe da Casa das Mulheres da Maré, vinculada a Redes da Maré, elaborou em 2020, um importante guia intitulado: Pequeno Livro de Cuidados para as Mulheres da Maré<sup>50</sup>, que está sendo distribuído para mulheres que residem na Maré, mas que também se encontra disponível para download<sup>51</sup>. O Guia apresenta informações básicas para cuidar da saúde física, mental, sexual e reprodutiva, em diferentes fases da vida, e, ainda, refletir sobre como planejar o envelhecimento. São apresentadas também, algumas ideias para a prevenção e o enfrentamento de situações de violência contra a mulher e de violência policial.

Em ação coordenada pela Profa. Dra. Ludmila Fontenele Cavalcanti, o Grupo de Pesquisa e Extensão Prevenção da Violência Sexual, vinculado a ESS/UFRJ, foi desenvolvido o aplicativo EVISU, em articulação com o PPGSC da UNIFOR, que pode ser baixado gratuitamente em diferentes plataformas de celulares. O aplicativo contém informações sobre: violência sexual, políticas públicas e proteções legais, núcleos de pesquisa e sites de instituições que abordam o tema. Esse aplicativo busca fornecer informações sobre o enfrentamento à violência sexual contra a mulher e contribuir para a formação profissional nas unidades de ensino e nos diferentes serviços.

### Considerações propositivas

A implementação de políticas, serviços e programas, em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, não se dá sem contradições e enormes desafios. Historicamente nossa cultura organizacional, atravessada pelas culturas profissionais, demarca campos específicos de intervenção. Cristalizam-se práticas, sem que sejam criados mecanismos institucionais, em que as diferentes dimensões da complexidade dos fenômenos possam ser atendidas, acompanhadas, encaminhadas e monitoradas de forma articulada.

O conceito de incompletude institucional nos parece assim, fundamental para contribuir com esta mudança de paradigma. Para Garutti e Oliveira (2017), o conceito “repousa na noção de que nenhum programa ou serviço, por si só, dá conta de atender a todas as necessidades e carências existentes no meio social”.

---

50 Este Guia integra o projeto “Mulheres na Maré: Pensando o Acesso a Direitos e Serviços em Territórios Marcados pela Violência de Estado”, apoiado pela BirkbeckCollege da Universidade de Londres, por meio do Global ChallengesResearch Fund. Ele foi desenvolvido por meio de uma parceria entre a Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, vinculado ao Projeto de Extensão “Educação em Direitos Humanos e Prevenção da Violência contra Mulheres da Maré”, a Casa das Mulheres da Maré, um projeto da Redes de Desenvolvimento da Maré, e o Centre for ResearchRaceand Law de Birkbeck.

51 Acesso em :[https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/Guia-Mulheres\\_web.pdf](https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/Guia-Mulheres_web.pdf)

Para os autores, ao analisarem a socioeducação tendo por referência Sposato (2004), destacam que:

toda e qualquer ação de política pública, necessariamente está - ou deveria estar - inserida em uma rede de programas de serviços que levem em consideração toda e qualquer necessidade que qualquer sujeito possa ter; caracterizando-se como princípio norteador de todos os seus direitos, a partir do qual deve balizar as práticas de qualquer programa de rede de serviços. (...) A incompletude institucional opera segundo uma lógica de rede articulada por ações governamentais e não governamentais, organizando as ações das políticas públicas (...). Com isso, não deve existir divergências entre as políticas públicas sociais - básicas, de assistência e de proteção - de caráter universal (...) (GARUTTI; OLIVEIRA, 2017, p.244).

É possível identificar nas diretrizes das normativas e leis, vários trechos contendo princípios de interdisciplinaridade e de intersetorialidade.

A Lei Maria da Penha, por exemplo em seu Art. 8º, expressa a importância da: "integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação." Destaca também, a relevância de "estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia", com vistas à "sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas". Enfatiza ainda a necessidade de capacitação permanente para todos os profissionais dos diferentes campos de atuação e que sejam incluídos "nos currículos escolares de todos os níveis de ensino", os conteúdos relativos "aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher" (grifo nosso) (BRASIL, 2006).

No Art. 9º: encontra-se descrito que:

a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção (BRASIL, 2006).

Para além das diretrizes citadas acima, a política de enfrentamento à violência contra a mulher, no balanço das ações do biênio 2006-2007, previu o ingresso na rede de atendimento dos CRAS e dos CREAS. Naquele momento, a SNPM e o MDS, através da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS),

estabeleceram um acordo de cooperação técnica com vistas *ao movimento tentacular de expansão da rede de atendimento à mulher*. O Pacto Nacional de Política para as Mulheres promoveu a “concertação intersetorial e interjurisdicional, prevendo a capacitação de três mil CRAS e CREAS e 200 mil profissionais das áreas da educação, assistência social, segurança, saúde e justiça” (grifo nosso) (POUGY, 2010, p.82 - 83).<sup>52</sup>

Evidencia-se assim, que está colocada a possibilidade de realização do atendimento às mulheres em situação de VD conjugal, em uma perspectiva de atenção integral de forma intersetorial, envolvendo os equipamentos especializados e os demais equipamentos nas distintas áreas. Entende-se aqui, que a atenção integral somente será possível se forem implementadas todas as etapas que ela envolve: atendimentos, encaminhamentos, acompanhamento, sistematização dos dados e elaboração de propostas de intervenção interdisciplinar e intersetorial, levando em consideração os aspectos territoriais de cada região e sub-região. Assim, a possibilidade está dada, mas precisa ser construída/consolidada, por exemplo, com a elaboração de fluxos de atendimento, tendo por referência protocolos institucionais.<sup>53</sup>

Ao refletir sobre a política para as mulheres, Pougy em 2010, já indicava a necessidade de superação de diversos entraves.

Realça Pougy (2010):

a sustentabilidade da política precisa combinar quadros técnicos permanentes cujos trabalhadores tenham seus próprios direitos trabalhistas reconhecidos pelo Estado federativo, o que requer também o envolvimento orgânico e contínuo dos municípios, dos estados, do Distrito Federal. É fundamental resistir aos cenários adversos de transferência aos organismos da sociedade civil do que é responsabilidade do poder público: formular, implantar e avaliar políticas sociais instrumentalizadoras de direitos sociais; universalizar o acesso à população e garantir a sustentabilidade da ação (POUGY, 2010, p.83).

Entre 2016 e 2018, a pesquisa realizada com serviços especializados no município do Rio de Janeiro<sup>54</sup> revelou que: a transferência de recursos não era regular e era insuficiente para manter a realização de todas as atividades (um dos serviços

52 Importante destacar que o município do Rio de Janeiro conta, atualmente, com 14 CREAS.

53 Neste ano, em razão da pandemia, foi desenhado no Rio de Janeiro o Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência.

54 Pesquisa intitulada: Cidades Saudáveis, Seguras e com Equidade de Gêneros: Perspectivas Transnacionais sobre Violência Urbana contra Mulheres da Maré, no Rio de Janeiro e em Londres.

públicos visitados estava sem faxineira); as condições de trabalho eram precárias (ausência de acesso à internet); o número de profissionais era insuficiente; baixos salários; e, observou-se a inexistência de capacitação continuada.

Neste sentido, é possível perceber um padrão de gestão de políticas consideradas secundárias, expresso, por exemplo, no baixo aporte de recursos em suas variadas dimensões. Assistência social para famílias pobres, consideradas disfuncionais ou desajustadas, e, serviços para mulheres vítimas de VD, fruto de famílias consideradas disfuncionais ou desajustadas. Este padrão de gestão fortalece a existência da estrutura que gera e sustenta as desigualdades de classe, gênero e raça/etnia.

O fortalecimento da rede de proteção, não pode depender de iniciativas individuais de profissionais comprometidos com uma intervenção qualificada. Estas iniciativas são importantes, mas são insuficientes. A utilização de trocas via WhatsApp, usando dados de internet pagos pelos próprios profissionais, é valorosa para medidas emergenciais, mas a rede não pode depender de contatos desta natureza. Os profissionais dos CREAS e das Unidades de Saúde conhecem o que caracteriza os serviços especializados? Tem havido reuniões sistemáticas, entre os CREAS, unidades de saúde e a rede especializada, municipal e estadual, para implementar estratégias conjuntas para os distintos territórios? Tem havido reuniões sistemáticas, que envolvam também Organizações Não Governamentais (ONG) e Conselhos Tutelares para implementar estratégias conjuntas?

A qualificação profissional para atender/acompanhar as mulheres em situação de VD, destaca-se como ponto estratégico para a formulação e implementação de programas e serviços. Pougy em 2010, assinalou que:

(...) ainda comparecem com força no conjunto dos entes da rede de atendimento, renovando tendências de patologização da violência de gênero como se fosse uma relação anacrônica de pessoas destemperadas. Em muitas situações a mulher acaba sendo revitimizada, considerada fraca, irresponsável, provocadora e resistente às funções e aos papéis sociais destinados ao seu gênero e classe (POUGY, 2010, p.82).

No que se refere a uma intervenção interdisciplinar qualificada, trazemos ao debate, diretrizes propostas por Almeida (2007) e Pougy (2010).

Para Almeida (2007) é fundamental, reunir subsídios à construção de metodologias inovadoras, o que requer:

a) a capacidade analítica das suas determinações estruturais, dos seus condicionantes conjunturais, das relações intersubjetivas envolvidas e

dos mecanismos institucionais disponíveis e/ou mobilizáveis; b) escuta qualificada (...) [visando] favorecer a reconstituição e apropriação crítica de suas próprias experiências (...); c) (...) itinerário reflexivo – individual e coletivo (...); d) condenação clara das práticas de violência como ato político de defesa da liberdade, da cidadania e dos direitos humanos, e não como julgamento moral ou expressão de solidariedade vitimista, que tende a construir dicotomicamente os lugares do algoz e da vítima (...) (ALMEIDA, 2007, p. 35).

Para Pougy (2010) as equipes técnicas requerem uma formação continuada que combinem:

(1) supervisão externa das situações, interações e sentidos atribuídos no cotidiano do serviço; (2) o conhecimento do público a que se destina o serviço, em especial entender “os seus valores, suas concepções de justiça, de direitos, seus sentimentos, emoções, ambivalências, enfim, suas concepções de mundo” (ALMEIDA, 2003, p. 100); (3) estudos de caso que debatam a interface entre a resposta institucional às questões apresentadas pela interessada e as dimensões teórico-política emancipatória; e (4) verticalização de temas-chave emergentes das rotinas institucionais, tais como impacto da pacificação nos bairros populares, violência e criminalidade, patriarcado, judicialização das relações sociais, entre outros (POUGY, 2010, p.51).

Por fim, é importante destacar, como base essencial para a estruturação de propostas de intervenção, a utilização de dados colhidos nos distintos equipamentos/serviços.

Nos CREAS, por exemplo, são preenchidos os formulários: Registros Mensal de Atendimentos (RMA)<sup>55</sup>. Os dados contidos nestes registros têm sido totalizados pelas equipes? As equipes têm estruturado estratégias de acordo com seu território de abrangência? O nível central tem devolvido os dados totalizados, promovendo o debate das estratégias necessárias para os distintos territórios? Em que medida estes dados têm dialogado com o campo da saúde?

Os serviços especializados também utilizam diversos instrumentos de registro de dados sobre o processo de intervenção realizado. Como as equipes têm utilizado estes registros? Há reuniões de equipe para a discussão de estratégias frente aos dados consolidados? Tem havido articulação entre as/os gestoras/es das duas secretarias, visando fortalecer um trabalho articulado entre proteção especial, os serviços especializados e a área da saúde?

55 O RMA não registra exclusivamente a violência doméstica perpetrada contra as mulheres.

Importante também discutir como os CREAS e os serviços especializados, bem como as/os respectivas/os gestoras/es, têm dialogado com os dados produzidos pela Saúde, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), que reúne as "Fichas de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências".

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012), com sua primeira edição em 1999, sobre a violência sexual contra mulheres e adolescentes, constitui-se em referência fundamental para o campo da saúde. O documento destaca que: "70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido". Nesta direção, reafirma que:

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque principalmente para mulheres em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esta ocasião é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos(as) profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2012).

A interseção entre VD contra mulheres e crianças/adolescentes deve ser observada com mais atenção. Os autores de violência têm se utilizado da sua condição de pais, para continuar a perpetrar violência contra suas ex-parceiras. Os exemplos são inúmeros e requerem estratégias conjuntas para a proteção de crianças e adolescentes e as mulheres/mães.

O documento intitulado: "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência", publicado em 2010, pelo Ministério da Saúde, voltado para gestores e profissionais de saúde, é fundamental na superação de visões reducionistas de, por exemplo, atribuição de negligência às mulheres/mães que não têm tido apoio institucional, para garantir a proteção de seus/suas filhos/filhas. O documento tem como principal objetivo:

estimular os profissionais de saúde para que aproveitem ao máximo as oportunidades oferecidas pelos contatos com as famílias para romper com o ciclo de violência que, muitas vezes, se instala na própria dinâmica dos relacionamentos familiares (Ministério da Saúde, 2010).

Assim, a importância do debate sobre o tema da violência doméstica nas residências em saúde, insuficiente também nas graduações (Moreira et al., 2018) visa fortalecer intervenções qualificadas interdisciplinares e intersetoriais, contribuindo para consolidar a rede de proteção.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. "Essa violência mal-dita". in: ALMEIDA.S.(Org) *Violência de Gênero e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007, Série Didáticos.
- BARSTED, L; L. A resposta legislativa à violência contra as mulheres. In: ALMEIDA, Suely (Org). *Violência de Gênero e Políticas Públicas*. Editora UFRJ, 2007, Série Didáticos: Rio de Janeiro.
- BOWSTEAD, J.C. Women on the move: theorising the geographies of domestic violence journeys. In: *England, Gender, Place & Culture*, v. 24, n. 1, 108-121, DOI: 10.1080/0966369X.2016.1251396, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientações para gestores e profissionais de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Brasília: Ministério da Saúde, 2010. In: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf> Acesso em: 03/Out/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf) Acesso em: 04/Out/2020.
- BRASIL.Presidência da República. *Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 10/Jun/2020.
- FEMINICIDE CENSUS: FINDINGS. Anual Reporton UK Femicides, 2017. Disponível em: <https://1q7dqy2unor827bqjls0c4rn-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/12/Femicide-Census-of-2017.pdf>. Acesso em 20/Jun/ 2019.
- GARUTTI, S.; OLIVEIRA, R.C.Da Instituição Total à Incompletude Institucional: tecendo redes, in: *Revista Argumentos*. Montes Claros, v.14, n.2, p.236-260, jul/dez-2017 el SSN: 2527-2551. Disponível em:<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/argumentos/article/view/1132/1165>. Acesso em: 10/Ago/2020.
- IPEA. Atlas da Violência. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 01/Set/2020.
- MORGADO, R. "Família(s) e Relações de Gênero". *Revista do Programa de Pós-Graduação ESS- Estudos de Política e Teoria Social*, n.05, Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- . *Mulheres/Mães e o Abuso sexual incestuoso*. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2012.
- . Separação: Riscos e Femicídio. In: MAIA, R.; CRUZ, V. (Orgs.). *Saberes Plurais: produção acadêmica em sociedade, cultura e Serviço Social*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2018, v. VI, p. 39-57, 2018.
- POUGY, L. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha. *Revista Katálysis*, vol.13, nº.1, Florianópolis, Jan./Jun., 2010.
- MOREIRA, G., FREITAS, K., CAVALCANTI, L., VIEIRA, L., SILVA, R. Qualificação dos profissionais de saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.039-1.055, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-1981-7746-sol00156.pdf> Acesso em 01/fevereiro/2021.
- MDS. PNAS/NOB/SUAS. Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf) . Acesso em: 15/Maio/2020.
- MDS.Registro Mensal de Atendimentos CREAS. *MANUAL DE INSTRUÇÕES* Brasília, Setembro de 2018. Disponível em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/atendimento/doc/Manual\\_RMA\\_CREAS2018.pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/atendimento/doc/Manual_RMA_CREAS2018.pdf). Acesso em: 20/Jul/2020.
- SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. S. *Violência de Gênero. Poder e Impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SAFFIOTI, H. "Já se Mete a Colher em Briga de Marido e Mulher". *São Paulo em Perspectiva*. Vol. 13, nº 4, São Paulo: Fundação Seade, out-dez, 1999.
- SILVA, R. B., BARRETO, T.C.C., FREITAS, R.W.F., EVANGELISTA, A.L. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e educação*. Fortaleza, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170691/> Acesso em: 01/ Fev/ 2021.
- SPOSATO, K. B. (Org.). *Guia teórico e prático de medidas socioeducativas*. ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquent. Brasil. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2004.

## CAPÍTULO 10

## Residências Multiprofissionais em Saúde: Reflexões sobre a trajetória de duas docentes da ESS/UFRJ

**Entrevista com as professoras María Magdala Vasconcelos e Ludmila Fontenele Cavalcanti**

Josefina Mastropaolo & Thaissa dos Santos

Em 2020 cumprem dez anos de existência das Residências Multiprofissionais em Saúde no âmbito das unidades de saúde da UFRJ e, portanto, cumprem-se também dez anos da ampliação dos âmbitos de formação de pós-graduação para o Serviço Social. Qual o contexto de construção das residências? Quais foram as relações institucionais que articularam essas propostas? Qual a importância desse espaço de formação para a profissão? A fim de reunir reflexões que nos permitam articular uma memória sobre esse processo, conversamos com as professoras Maria Magdala e Ludmila, docentes desta casa que, entre vários outros docentes foram protagonistas destas construções.

### **Qual o contexto de surgimento das residências multidisciplinares no âmbito das unidades de saúde da UFRJ?**

**LFC** No início da primeira década de 2000, no Brasil, entre os anos de 2002 e 2003, houve uma maior aproximação entre as áreas da educação e da saúde. Essa aproximação foi impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde que, além de gerir, ampliou o investimento na formação de recursos humanos para o SUS. O SUS é um modelo exitoso, com abrangência nacional, adequado e referência no mundo, do ponto de vista do seu tamanho e das suas características.

A política de formação, envolvendo educação, saúde e trabalho, é uma área estratégica do SUS. No âmbito do SUS já existiam há muito tempo as residências médicas, mas nesse contexto incorporam-se as outras profissões. Isso não aconteceu por uma medida espontânea do governo da época, mas impulsionado pelos movimentos sociais da saúde, os conselhos e os órgãos formadores que reconhecem a participação importante de variadas profissões também fundamentais na construção do SUS. Se trata de enfermeiros/as, assistentes sociais, psicólogos/as, farmacêuticos/as, nutricionistas/as, sanitaristas, cuja participação é fundamental, em especial na consolidação do princípio organizativo da integralidade. Não há como pensar integralidade

sem pensar na formação das variadas profissões. É preciso que tenham possibilidades idênticas de qualificação. É importante salientar que, foi na área da saúde mental que se desenvolveu a primeira experiência de integrar diferentes profissionais na residência. Então, mesmo antes da implementação das residências multiprofissionais no âmbito das unidades do complexo hospitalar da UFRJ, a partir da portaria 11.129 de 2005, já tínhamos inserção em outras residências, que incluíam profissionais de várias áreas.

Esse modelo de residência multiprofissional também existe, com outras denominações - interdisciplinar, integrada - em outros países, ainda que não exista um sistema como o SUS. No nosso sistema de saúde, é importante considerar que ocorreu a inclusão dos outros profissionais reconhecendo, não só sua importância na construção da saúde, como um direito e na perspectiva da integralidade, mas entendendo que só é possível isso acontecer, se houver uma formação integrada.

**MMV** Foi um contexto em que a universidade enfrentou grandes desafios, e foi ao mesmo tempo um período de grande efervescência política, de participação da comunidade acadêmica. Começou a se implementar o plano de reestruturação e expansão das universidades federais, o REUNI. Ao mesmo tempo, foi o contexto de avanço da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que fortalecia um processo de desmonte da estrutura pública do Sistema Único de Saúde, quer seja de formação, quer seja na sua face mais acadêmico-assistencial.

Por outro lado, nosso reitor à época era o professor Aloísio (Teixeira), ele era um grande estadista, porque apesar dele defender todo esse processo de reestruturação do REUNI no âmbito da UFRJ, ele colocou essa discussão nos vários fóruns da universidade e passou mais de um ano discutindo com todas as unidades o projeto, que embora avançasse na direção de implementar determinados aspectos positivos do REUNI, sobretudo no que dizia respeito ao aumento de vagas, também implicava num maior acesso à universidade pública de qualidade. Mas claro que junto com esse pacote vinha a precarização, porque o aumento do número de vagas, não correspondia com um aumento adequado do número de professores, juntos com outros fatores de precarização. Então, o projeto era portador de uma certa controvérsia quando olhado na sua totalidade.

A Escola se colocou contra o REUNI no período, embora não tenha se negado a aumentar o número de vagas no curso de formação diurno e noturno, não me lembro qual o percentual pois faz muito tempo, mas foi um percentual significativo. Mas o processo de debates em torno do REUNI implicou numa discussão muito ampla. Motivada e ao mesmo tempo sustentada

por um processo de grande efervescência política, de participação dos vários representantes do colegiado, os professores, os técnicos administrativos de educação e os estudantes, foi um movimento muito importante.

E do ponto de vista da saúde, fortalecer as residências multiprofissionais de saúde, era um reflexo do desejo, da vontade e da luta por afiançar uma perspectiva de socialização da produção social, acadêmica assistencial da saúde. Numa qualificação mais crítica, mais propositiva, mais dialógica, rompendo com aquele modelo mais biológico, hospitalocêntrico, individual, curativo e centrado na doença. Então, era tentar fazer com que nessa aproximação com o SUS, por intermédio da residência multiprofissional de saúde, tivéssemos um profissional com perfil mais qualificado para atender a demanda do SUS. E o SUS voltado para aquilo que ele foi criado, para um modelo de produção social da saúde, passando daquela percepção da razão instrumental e técnica, de um agir instrumental muito aprisionado nos vários protocolos de saúde. Isto não quer dizer que os protocolos não sejam importantes, mas o protocolo não pode ser maior do que a própria necessidade e demanda de saúde, porque as necessidades, as demandas de saúde e ampliação de direitos, vão conformando e modificando os próprios protocolos.

Então, eu diria que essa luta se fundava num desejo grande, por necessidade de se contrapor à hegemonia desse modelo mais biológico, individual, curativo, hospitalocêntrico e super especializado, no marco do qual o MEC dava uma prioridade muito grande às residências médicas. Então ampliar a residência multiprofissional era um ganho muito importante, porque significava dizer que o Sistema Único de Saúde não se faz pelo olhar médico, muito menos pelo olhar médico individual e curativo, mas que a compreensão do processo de saúde-doença é multiprofissional, multidisciplinar e integral, implica várias profissões olhando o mesmo objeto de saúde que é esse processo saúde-doença.

### **Como foi o processo de construção das residências no interior da ESS?**

**LFC** Antes de termos as residências multiprofissionais na UFRJ, tive oportunidade de participar das residências multiprofissionais em saúde mental do Instituto Municipal Nise da Silveira e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e do Hospital Philippe Pinel, em que fui convidada para ministrar uma disciplina sobre o SUS para psicólogos, assistentes sociais e médicos residentes, tendo em vista que essa era minha área de ensino, pesquisa e extensão. Essa experiência foi muito importante na minha trajetória, pois pela primeira vez vi, em um nível de pós-graduação, a possibilidade de

uma integração promissora. Ouvir os questionamentos trazidos pelos residentes das diferentes formações e as indagações sobre os objetos do trabalho de conclusão da residência (TCR) me ajudou a dimensionar os desafios que teríamos pela frente no processo de implantação das residências multiprofissionais.

A relação com a ESS foi estabelecida a partir dos interesses dos serviços, com um forte apoio da Reitoria. As demandas foram chegando para a escola dirigidas a princípio para professores/as que fossem Assistentes Sociais e que se inserissem na área da saúde. Eu, a Professora Magdala Vasconcelos de Araújo e a Professora Luciana Zucco, que coordenávamos um núcleo de pesquisa e extensão denominado Núcleo de Estudos em Saúde Sexual e Reprodutiva, que funcionava como um laboratório na área da política de saúde desde 1998, fomos convidadas para colaborar com as residências. Desde o começo enfatizamos algumas dificuldades que não sei se foram completamente superadas. Uma dificuldade estruturante é a não consolidação do lugar da preceptoria. É preciso construir o lugar e a função da preceptoria, já que é indispensável o acompanhamento qualificado aos residentes. Por outro lado, é necessário destinar carga horária para o/a docente estimulando a inserção nas residências, sem que isso represente uma sobrecarga, na direção de uma integração orgânica com o campo da residência.

As primeiras aproximações aconteceram através de convites para participarmos nas aberturas dos semestres letivos e para palestras, nas diferentes residências. Na sequência, começamos a receber convites para ministrar disciplinas nas residências e para acompanhar os TCR. As turmas da residência tinham entre quatro e seis residentes de Serviço Social. Nessa ocasião, a solução possível para integrar os/as residentes de Serviço Social, em que não tínhamos carga horária designada, era trazer os/as residentes, para as disciplinas que já ministrávamos. A disciplina de Metodologia Aplicada, que posteriormente se transformou em Orientação e Treinamento Profissional, se constituía num espaço rico de discussão onde, eu, Magdala e Luciana, cada uma oferecia uma turma, e a saúde reprodutiva era a maior área de inserção de estágio da Escola de Serviço Social. Durante cerca de uma década, nós absorvemos residentes nessa disciplina. Também na disciplina de Política de Saúde incluímos residentes em algum momento, e depois, passamos a absorver durante dois ou três períodos, toda a turma de residentes, inclusive de outras áreas, na disciplina de Avaliação e Monitoramento.

Essa disciplina contribui para pensar o projeto profissional e avaliar o serviço, o que contribui para a qualificação da residência. Essa foi uma solução possível naquela ocasião. Enquanto isso,

discutíamos na escola os modos de aproximação das residências com a unidade de ensino. Como a residência tem como proposta de ensino-aprendizagem no serviço, é importante considerar que a maior parte da carga horária do residente não é de aula, é de atuação no serviço, é de imersão onde a ação é produzida. A aproximação da ESS com as residências, nessa ocasião, se deu em grande parte através da Coordenação de Estágio, e num segundo momento através da Pós-Graduação. Com relação aos TCR, fomos em princípio convidadas a participar das bancas. Estes trabalhos, com formato monográfico, têm o caráter de uma pesquisa tendo como campo o serviço onde o/a residente está inserido/a. Na sequência fomos convidadas a orientar os TCR. Quando passei a ser chamada para orientar residentes, além dos assistentes sociais fui convidada por residentes de outras profissões. E isso é interessante no projeto pedagógico das residências, porque é um outro esforço de compreensão, a partir de temas interdisciplinares e com variadas interfaces.

A inserção dos residentes nas unidades de saúde foi ocorrendo simultaneamente ao processo de construção das novas atribuições docentes na relação com os campos de residência. Um desafio nesse contexto era a possibilidade de inserção dos residentes nos diferentes espaços da unidade acadêmica, por exemplo, a participação em pesquisas.

O momento do “não-lugar” da residência na unidade acadêmica, nos permitiu reflexões coletivas sobre a responsabilidade com a residência como uma pós-graduação *lato sensu* com suas especificidades, que requeria disciplinas convergentes com o projeto de formação profissional do assistente social.

Há como ter disciplinas comuns a todas as residências, mas penso que é resultado da aproximação orgânica com todos os campos de residências. Do mesmo modo, a articulação com a pesquisa e a extensão nas unidades de saúde pode favorecer a consolidação das residências. Entendendo que o espaço pedagógico não consiste apenas no espaço físico da Escola de Serviço Social, as unidades de saúde são também espaços a serem compartilhados pelos docentes. Atualmente, há docentes que realizam supervisão na própria unidade de saúde. Na medida em que a residência integra de forma mais orgânica o Programa de Pós-Graduação, a relação com os campos de residência também se consolida e potencializa os campos de estágio da Graduação.

Num cenário de redução de bolsas e de recursos, a residência é um espaço importante e estratégico, de conquista, não só dos trabalhadores em saúde que brigaram por isso nos conselhos, desde a primeira década de 2000. Essa é uma batalha nossa, dos docentes, por uma política pública universal.

**MMV** No período da nossa gestão (2006-2010) conseguimos articular várias residências multiprofissionais para o Serviço Social. Ludmila até brinca, diz que eu sou a mãe das residências, mas na verdade eu não sou porque ninguém faz nada sozinho e a escola sempre foi um coletivo. Então foi possível discutir a residência multiprofissional de saúde na perspectiva da contribuição do Serviço Social como uma das aproximadamente 19 profissões da saúde, foi significativo sim, mas porque existia um coletivo que acreditava nisso. A gente envolveu os professores, um conjunto dos representantes da comunidade acadêmica, em grupos de discussão, grupos coletivos de elaboração e discussão de projetos entre a academia e o seu lado acadêmico assistencial, das unidades de saúde da própria UFRJ. Isso foi importante porque era uma perspectiva de tentar romper com esse modelo ainda hegemônico no âmbito do SUS; mais biológico, individual, curativo, hospitalocêntrico, não esqueçamos o contexto em que tinha uma forte ofensiva privatista para o complexo hospitalar da universidade.

Essa discussão foi levada a congregação da escola e foi discutido com todos os representantes, professores, técnicos administrativos e de educação e os estudantes e ela foi muito bem vinda, a partir dali se criaram GTs (grupos de trabalho), o GT da saúde mental, da saúde da mulher, da saúde da comunidade e família, da infância lá no IPPMG. Consideremos que os/as professores/as da casa envolvidos nesses GTs já tinham relação com essas unidades de saúde, o HESFA, o IPPMG, o HUCFF e o IPUB, porque estas se constituíam em campos de estágio para os/as alunos/as da graduação, o que facilitou a construção.

Então criamos os GTs, escolhemos um professor responsável para coordenar o trabalho junto a unidade de saúde de referência do Complexo Hospitalar da UFRJ, ele discutia no conjunto, a relação acadêmico-assistencial, universidade, escola de serviço social e a unidade de saúde de referência. Se fazia a proposta e depois de ser discutida e aprovada na congregação, escolhia-se um coordenador para viabilizar o processo dessa relação acadêmico-assistencial junto a unidade de referência.

Um grande desafio para a consolidação das relações de docentes da escola com as residências tem a ver com a designação da carga horária. Porque a gente como docente, está no tripé de ensino, pesquisa e extensão, e a residência entra no *lato sensu*, na perspectiva da extensão, então você fica naquela de que tem que dar conta de tudo, você tem que ser um excelente professor, um excelente pesquisador, tem que ter um trabalho de atuação na extensão, e além disso a residência, então você fica realmente sobrecarregado. Na época, que eu deixei a residência

multiprofissional de saúde da família e comunidade, era porque eu me sentia realmente sobrecarregada, minha carga horária não era reconhecida, eu tinha que correr entre a escola, o Pavão-pavãozinho nosso laboratório vivo (onde se realizavam a prática acadêmica assistencial dos alunos e as reuniões de equipe) e o HESFA. Teve uma hora que eu disse está bom, já dei minha contribuição, foram muitos anos que eu fiquei, então agora vou me retirar um pouco, fazer outras coisas até porque alguma coisa sempre fica pendente, porque você não consegue dar conta de tudo. Mas nunca houve um reconhecimento da carga horária, difícil. Na carga horária que é destinada ao professor, ele precisa dar conta de todas essas dimensões e nas nossas avaliações, as três dimensões do tripé de ensino, pesquisa e extensão é cobrado do professor, não querem saber se o professor está estressado ou correndo, o que interessa é que o/a professor/a dê conta de todas essas questões.

Várias vezes houveram discussões com relação a carga horária, mas quando era para definir a grade curricular e as disciplinas obrigatórias ou mesmo as disciplinas complementares, você não poderia jamais dizer que iria pegar menos disciplinas porque você estava coordenando uma residência. Isso era praticamente impossível, não diretamente porque a escola não quisesse, mas pelo número de professores, toda a demanda de colocar uma escola para funcionar, na graduação, pós graduação, extensão e com um quadro mais restrito de professores, não tinha como. Porque não tinha professor substituto suficiente, nem professor efetivo suficiente para aumentar a carga horária, e garantir que esse professor tivesse tanto as horas computadas na sua carga horária ou menos carga horária, por exemplo, nas disciplinas mais acadêmicas, de sala de aula. É uma luta, não sei se hoje se conseguiu, mas acredito que está pior, mediante o acirramento deste processo de desestruturação da Universidade Pública. Agora por outro lado, a residência é uma riqueza imensa para o professor, porque você está dentro de um território vivo, com as suas contradições de saúde, observando o movimento, fazendo ali o diagnóstico nas suas várias determinações sociais, políticas, econômicas, de saúde, de transporte, de trabalho, de moradia. Isso é de uma riqueza para sua pesquisa e sobretudo para o seu exercício acadêmico, dentro da sala de aula. Porque você está falando, tendo o território ali como um quadro que se move numa área viva, enriquece muito o exercício da docência. É um ganho, e ajuda você a reformular o seu objeto de pesquisa, percebê-lo de formas diferenciadas, reordenar, criar novos objetos, com novas perspectivas, é uma riqueza muito grande. Mas tem o peso da precarização por conta da sobrecarga de trabalho.

## Quais as residências que se propunham, quais se consolidaram? Como eram as dinâmicas de trabalho?

**MMV** A própria conformação e efetivação da residência, colocou um desafio imenso, foram inúmeras as comissões criadas para discutir o projeto. A gente tinha um projeto de residência integrada multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), que ainda existe e se consolidou, tenho dúvidas quanto conseguiram romper significativamente com o modelo hospitalocêntrico, até pela própria precarização da força de trabalho que o HUCFF sofreu, dos recursos humanos, mas de qualquer maneira hoje é uma residência que está aí consolidada.

Nós tínhamos também a residência multiprofissional do IPUB. Tínhamos as duas do Hospital São Francisco de Assis: a de Saúde da Mulher, e a de Saúde da Família e da Comunidade. Com a de Saúde da Mulher contribuí durante um tempo, elas tentavam romper com o modelo de saúde hegemônico. Com relação a de Saúde da Família e da Comunidade, me parece que essa foi a que mais avançou nesse processo de romper com esse modelo biológico, hospitalocêntrico. As discussões eram coletivas entre a coordenação, o corpo docente e os próprios residentes. Todas as sextas-feiras no posto de saúde do Pavão-Pavãozinho reuniam-se todos os profissionais de saúde do posto, a equipe de saúde das universidades, os residentes, os representantes da comunidade e os agentes comunitários de saúde, discutindo uma agenda de promoção, prevenção e tratamento, que envolvia todos os determinantes do processo saúde-doença. Eu fiquei ali até um pouco antes de me aposentar, mas foi um processo muito rico, acho que esse foi o que mais se aproximou, no sentido de romper com aquele modelo tradicional. De entrar na dinâmica do território, tendo o território como um processo vivo, em que os vários sujeitos sociais são reconhecidos e eles têm autonomia enquanto sujeitos, de pensar sobre seu território e dar alternativas de promoção, prevenção das demandas de saúde existentes no território, sem claro, desprezar o tratamento quando era necessário, as terapêuticas mais especializadas. Acho que essa é a que mais avançou, não sei como está hoje, tem 6 anos que estou longe das discussões referentes às residências multiprofissionais no âmbito da universidade, não tenho como dizer. Outra residência que tivemos também foi a do IPPMG, que a professora Rosana (Morgado) e a professora Ângela Hygino estavam mais à frente, também é uma residência importante nesse sentido. Eu me lembro dessas, essas cinco com certeza no período que eu estava na gestão, foram consolidadas, acho que continuam, não sei se novas residências foram implementadas.

**LFC** Teve também um esforço de construir a Residência Multiprofissional na Maternidade Escola, mas o projeto não ofereceu condições para ser aprovado na congregação da ESS. O argumento foi o perfil biomédico, em saúde perinatal. A Maternidade Escola é um campo histórico de estágio da ESS com o qual sempre mantivemos relações. Em 2018, participei de uma atividade sobre violência, com enorme participação de residentes e de profissionais, discutindo saúde, e repleto de assistentes sociais. É um campo estratégico e importante que precisa integrar o conjunto das nossas residências. É preciso destacar uma das iniciativas relacionadas a esse campo de estágio e referência na área da prevenção, o projeto Papo Cabeça, no entanto, quando foi se construir a residência multiprofissional a relação não se consolidou. Outro campo de residência que também não se consolidou foi a de Saúde Sexual e Reprodutiva no Instituto de Ginecologia, mas tinha uma relativa superposição, porque já existia a residência em Saúde da Mulher no HESFA. O HESFA é um campo muito importante nesse processo, não só estrategicamente localizado, mas com toda a equipe e toda estrutura, com direção da enfermagem numa relação muito próxima com a ESS. Além da residência em Saúde da Mulher, o HESFA possui a residência em Saúde da Família.

Outra residência fundamental é a do HUCFF. No início da construção dos projetos de residência cada um tinha seu formato, cada um buscava seus professores e preceptores e tinham formatos heterogêneos. Isso foi sendo unificado através da COREMU, que era a comissão responsável pelas residências que uniformizou o processo. Claro que uniformizar tem suas dificuldades e resistências, mas foi muito importante. Os processos seletivos que eram independentes e superpostos foram unificados através da COREMU, que estabeleceu uma seleção única e as vagas passaram a ser distribuídas conforme a classificação, o perfil, enfim, foi importante para uniformizar os procedimentos.

### **E como foi no começo o trabalho com os supervisores, os tutores dos hospitais?**

**MMV** Nas residências que eu acompanhei de perto, que foram as do HESFA, a equipe de supervisores e supervisoras em serviço aceitou muito bem as residências, e se empenhavam de uma forma, que eu ficava impressionada como eles davam o sangue pela residência. Embora a gente soubesse que havia uma sobrecarga, mas havia uma dedicação, um empenho, uma vontade e um desejo de receber aqueles alunos, de introduzi-los no exercício da prática profissional, mas uma prática profissional acadêmica em supervisão.

Na de saúde e comunidade, trabalhávamos por intermédio de rodas de conversa, todos os membros da equipe sentavam juntos e discutiam, estava todo mundo ali envolvido para a tomada de decisões inerentes ao processo. Mas levava um tempo, eu ia andando, observando o território, ainda bem que eu morava em Copacabana, toda sexta-feira às 14 horas tinha que estar no Pavão, saía daqui andando, subia e descia. Tinha dias determinados, para ir ao campo, viver o campo, saber o que estava acontecendo, fora outras ações que eram feitas, em que tínhamos que estar presentes também. Mas era delicioso também receber os alunos que eram residentes, discutir, orientar o trabalho deles de conclusão, isso era muito bom também. Não orientava só residentes do Serviço Social, a gente também podia orientar alunos de outras áreas, desde que o objeto deles tivesse a ver com essa perspectiva de integralidade, que há o mesmo olhar sobre o território, com contribuições diferenciadas a partir de sua área de conhecimento. Foi uma experiência muito rica.

Mas, o processo não se desenvolveu de forma igualitária em todas as unidades, em algumas teve resistências, daquele que não é professor, mas que é um técnico ou é médico, mas não é acadêmico. Teve unidades em que teve resistência, e isso teve que ser trabalhado.

Na residência de saúde da mulher a gente tinha sempre uma reunião semanal, então discutíamos tudo em conjunto. No HESFA, foi onde fiquei mais, e não vi problema nem na saúde da mulher nem na saúde da família e comunidade, o pessoal acolheu o projeto, aceitou, gostava do desafio. A gente sabe que algumas unidades de saúde tem uma certa resistência de receber o aluno residente, porque ele vem com aquele olhar de fora, não é aquele olhar de uma cultura institucional por vezes cristalizada, que está ali há anos, que de certa forma você tem que ser conformado por aquela cultura institucional. Então lógico que ele vai balançar um pouco aquela estrutura e apontar determinadas questões que são importantes de serem enfrentadas.

Do ponto de vista da equipe de saúde, tem que ter essa maturidade para receber essas questões não como uma crítica destrutiva, mas como uma contribuição para rever o processo saúde-doença naquele território. Então, às vezes isso criava algumas questões que eram trabalhadas em equipe, e acho que continuam sendo criadas. Esse é o grande desafio dialógico.

**LFC** É importante dizer que a implementação da Coordenação de extensão na gestão da Professora Magdala foi uma iniciativa importante na medida que o Centro da Cidadania também favoreceu a articulação com os campos de estágio e com as

residências. Uma questão que ainda é um desafio, é a proximidade com a pesquisa, a gente não tem uma pesquisa sobre as residências, ou mais do que isso, a inserção dos estudantes, profissionais, preceptores e docentes das residências, em torno de uma ou de várias pesquisas, a partir de um tema ou a partir do debate sobre a residência, a gente não tem isso ainda, temos apenas alguns levantamentos. Acho que é um desafio para você Josefina estar nesse campo, de não só pesquisar sobre a residência, mas aproximar os residentes da pesquisa da ESS. Penso que isso aproximaria muito a preceptoria com a unidade de ensino. Esse desafio não é só das nossas residências, nem na nossa unidade. Talvez só a residência médica já tenha superado isso, porque são muitos anos. Então, penso que essa relação preceptor/tutor/unidade acadêmica/serviço tem que ser mais orgânica, não pode ser distante. O que acontece na residência médica é que até as direções de unidades de saúde, quando são vinculadas à universidade, são de docentes. Isso no Serviço Social nunca existiu, porque a pessoa que é do serviço é o chefe de serviço, é o diretor de unidade, e os docentes estão na unidade acadêmica. Então nós temos uma história de separação. Claro que eu não proponho que o docente do Serviço Social vá chefiar os serviços, mas acho que isso mostra o quanto a gente sempre esteve distante do serviço, é uma marca da nossa história, e na residência isso ficou mais evidente.

Outra questão, o aluno residente quando entra reclama muito da carga horária. Hoje os campos buscaram estratégias, por exemplo, a saúde da criança não consegue formar uma turma para ter aula, então se organizou com a residência do IFF/Fiocruz. São estratégias interessantes, porque o/a residente acaba conhecendo outras realidades, mas reclamam muito da carga horária, que é "adoecedor fazer a residência". Mas se dá especialmente no primeiro ano, em que o estudante não está acostumado ao que é a residência, e como é a dinâmica de ter aula, atender e pensar sobre a prática, ter oficinas etc. No segundo ano tem a construção da monografia, isso ainda fica mais pesado. Após a conclusão da residência, a imensa maioria, se não a totalidade, avalia como uma inserção importante, indispensável e transformadora, que cumpre seu papel de amadurecer o profissional, de exercitar todas as possibilidades e qualificar a formação. Então se tornam muito mais preparados/as, muito mais seguros/as e com uma formação muito mais sólida.

### Você lembra quais foram as pessoas que estiveram envolvidas?

**LFC** Eu lembro que eu, Professora Luciana e Professora Magdala e estivemos envolvidas desde a primeira hora. A Professora Cecília, acho que já na gestão da Professora Andreia Teixeira, mas no meio do caminho teve muita gente. A Assistente Social Angélica, da Coordenação de Estágio durante toda a sua trajetória profissional teve uma participação muito relevante. Eu acho que a Professora Janete ministrava uma disciplina. Professora Rosana, cuja gestão no PPGSS incluiu a residência no âmbito da pós-graduação. São vários professores. Mas todos os professores que ministravam Metodologia Aplicada e, posteriormente, Orientação e Treinamento Profissional na área da saúde também, de certo modo, integraram esse processo

### Magdala falou do professor Eduardo Mourão, que estava vinculado talvez ao IPUB, a professora Rita também?

**LFC** Exatamente, a Professora Rita e os Professores Erimaldo e Eduardo são do grupo de saúde mental, que iniciam esse processo na área da saúde mental. Então, eles já tinham uma aproximação com uma supervisão interdisciplinar e multiprofissional. Uma questão importante e que visibiliza a inserção docente é o reconhecimento tanto da unidade de ensino quanto do campo da residência. O não reconhecimento da carga horária dedicada à residência era algo muito negativo e fazia com que o próprio campo da residência, não soubesse como nos incluir. Também o sistema da universidade, o SIGA não tinha um espaço destinado a isso.

### Qual a importância das residências para o Serviço Social?

- LFC** O assistente social é o profissional cujo maior empregador foi historicamente a área da saúde. No Rio de Janeiro, por exemplo, o Hospital Municipal Souza Aguiar, considerado uma das maiores emergências da América Latina, possuía assistentes sociais em todos os plantões num determinado momento de sua história. Desse modo, a inserção do assistente social sempre foi importante, necessária e indispensável no sistema de saúde. Quando a universidade começou a se aproximar das instituições de saúde como campo de formação nem existia a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e a formação nessa área já era fundamental.
- MMV** Ela é muito importante para ampliar e qualificar a inserção do assistente social na área da saúde. As residências não existiam nessas unidades de saúde, a residência multiprofissional foi discutida com o Serviço Social, mas com representantes das outras categorias profissionais de saúde, tinha o serviço social,

nutrição, odontólogos, farmacêuticos, entre outros. A gente fez nosso projeto do Serviço Social dentro da residência multiprofissional, mas a residência multiprofissional como um todo, abria vagas para psicólogos, biólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, era muito interessante.

Essa de saúde e comunidade, que é a residência multiprofissional de saúde da família e comunidade, foi muito interessante, porque você via o biólogo, o dentista, o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro, nutricionista, todos unidos em uma mesma arena acadêmico assistencial, voltados para discutir e propor estratégias de intervenção que qualifiquem a ação integral e interdisciplinar. Qual é o grande desafio, eu acho: Como é que eu pela primeira vez tenho a oportunidade de olhar o mesmo objeto de estudo, o território com inúmeras determinações, com a minha expertise, contribuir com o meu olhar, do ponto de vista da efetivação e da garantia dos direitos sociais, e poder trocar isso com os outros profissionais sem me sentir também vulnerável, nem ameaçado.

Era um desafio muito grande e acho que essa residência (saúde da família e comunidade) ia mesmo para discussão, a gente fazia muito estudo de caso, além das reuniões na sexta-feira na unidade. O caso é esse, aí eu colocava todas as determinações da questão, e aí qual é a perspectiva do assistente social, da odontologia, do farmacêutico, do biólogo, do nutricionista, do psicólogo, aí você ia construindo, criando ali o plano integrado de ações em saúde, para que aquela família ou aquele sujeito social pudesse ter a garantia da atenção primária, secundária, terciária que fosse necessária para atender a demanda em questão. Para atender a sua demanda de saúde dentro do território e na medida do possível, buscando transformar aquele território nas suas condições estruturais, então era realmente muito especial essa residência.

### **E como isso se dá nos hospitais de alta complexidade como o HUCFF, por exemplo?**

**MMV** O HUCFF tem uma equipe muito boa, responsável e comprometida, eu não sei dizer como foi o processo, acho que Vânia pode te ajudar muito mais, porque é assistente social de lá que sempre esteve à frente. Porque na verdade a alta complexidade, os níveis terciários e quaternários acho que sempre são o termômetro do conjunto da situação de saúde no território. Porque se você faz um estudo ali das demandas de saúde, tem um termômetro para dizer se aquele território está efetivamente cuidando de um processo de promoção e prevenção de saúde ou se ele está repetindo o modelo biológico que só trata da doença, a doença se complexifica e chega no nível terciário.

Então, a intermediação entre o nível terciário e quaternário e a articulação com o nível primário, devolvendo esses dados, localizando de onde vem essas doenças, que podem ser evitáveis, do ponto de vista das doenças epidêmicas e endêmicas, enfim, aí dá para fazer um bom trabalho. Porque o próprio nível quaternário, pode dizer, "isso poderia ter sido resolvido no território", como o território está trabalhando hoje esses indicadores de saúde, como o problema de *Schistosoma* por exemplo, que tem a ver com envolvimento da saúde com o saneamento básico, água potável. São todas essas questões que precisam ser vistas, essa articulação, esse trabalho dos dados e de devolução para a atenção primária do território, para ver como irá se trabalhar isso, do ponto de vista de modificar as condições objetivas, estruturais do território no sentido de evitar que a pessoa chegue a cronificar determinada doença.

Porque na verdade o modelo ainda hoje trata da doença, não trata da saúde, e se tem que tratar da saúde, tem que evitar que as pessoas adoçam. Mas hoje é o inverso, estou preocupado com a sintomatologia e em cuidar da doença, mas se não vejo as condições ambientais, com todas as suas determinantes, eles vão continuar adoecendo até que aquilo se torna crônico, e aí vou precisar de uma atenção mais especializada. É um desafio grande para a política brasileira, a gente não pode responsabilizar diretamente os trabalhadores de saúde, porque sabemos que a precarização é grande, eles estão fazendo o que podem para segurar a estrutura e fazê-la funcionar, então se era um desafio naquela época imagina hoje com toda essa precariedade.

Eu acho que as residências multiprofissionais de saúde, foram um ganho significativo, do ponto de vista da perspectiva de ampliar essa visão mais generalista, no próprio perfil profissional do assistente social. Do ponto de vista de você perceber que seu objeto de intervenção, seu território vivo, não pode ser trabalhado de forma unilateral, entre muros, por uma determinada profissão. Porque isso leva a uma superposição de ações e perspectivas mesmo do processo. Você romper com essas barreiras e poder através dos estudos de casos e rodas de conversas sobre o próprio território, ampliar essa visão mostrando ao profissional, que hoje o perfil profissional precisa ter essa expertise. Trabalhar de forma multiprofissional sim, porque você não pode desvalorizar ou desestruturar a expertise, a especificidade e a habilidade de cada campo profissional, entre as profissões de saúde. Mas dentro dessa expertise, habilidades e competências profissionais, você tem inúmeros olhares dentro das ciências sociais e humanas, e até política, sociológica. Que olha o mesmo objeto em movimento e que o apreende, analisa, cria perspectivas para

não só qualificar seu olhar como profissional, mas sobretudo para dar respostas concretas a demandas no território. E por sua vez gerar dados que alimentem novas políticas sociais, ou reordene/ inove as que se encontram em ação.

Então, esse é o maior ganho, mas esse também é o maior desafio, de você ampliar o olhar superespecializado. Porque se você pega uma unidade, como você disse, mais hospitalocêntrica, tem ali uma estratificação de poder muito forte, entre as áreas profissionais de saúde. Então, o médico é mais que o odontólogo, que é mais importante que o biólogo, que é mais importante que o farmacêutico, que é mais importante que o nutricionista, que é mais importante que o serviço social. E aí fica esse grande desafio, como fazer uma equipe compreender que para você dar respostas efetivas, concretas a um território vivo, não existe uma profissão melhor, uma mais importante. Existe um conjunto de profissionais de saúde com a sua expertise, que pode analisar, pesquisar, estudar, criar alternativas de intervenção, através de determinadas elaborações de ações, projetos e políticas públicas que vai efetivamente responder a demanda, e a questão de saúde daquele território. Esse ainda é o grande desafio.

E infelizmente não avança muito, por conta da própria política do ministério da saúde ao longo dos governos, então você tem governos ultraconservadores, um retrocesso grande dentro do Sistema Único de Saúde. Com um processo de privatização imenso, onde a parceria público-privado entra nas suas várias ordenações e vai repetindo o modelo biológico, individual, curativista, hospitalocêntrico, ultra especializado. Então como lidar com tudo isso? É um grande desafio. É por isso que ainda é mais viável e possível, fazer esse caminho, dentro da estrutura das unidades da própria UFRJ.

Mesmo que saibamos que dentro da UFRJ, tem duas linhas de atenção à saúde. Uma privatista, que você entra numa determinada unidade de saúde, do HUCFF por exemplo e se assusta com a qualidade do serviço, com seus inúmeros convênios, com a iniciativa privada, com fundos, enfim, e outra que é o SUS que está numa precarização absurda. Então, você ainda tem de lidar com essa dupla porta de entrada, em que o público e o privado se misturam, que o atendimento é diferenciado. Ainda que, tenhamos que reconhecer que é dentro da estrutura do SUS, da estrutura pública, na sua potência, na sua expertise e na sua excelente qualificação que eu tenho as melhores respostas para as necessidades e demandas de saúde da população brasileira.

## Qual a importância das residências no conjunto da formação profissional?

**LFC** A residência é fundamental para qualificar profissionais para os serviços de saúde e para outras áreas. Essa implicação envolve transformar a realidade, enfrentar e pensar os dilemas e os desafios no cotidiano de trabalho. É um momento de aprofundamento no serviço, que vai produzir uma formação mais qualificada para enfrentar os desafios colocados aos profissionais. Isso não pode ser visto como uma pós-graduação de segunda categoria, nem como uma extensão do campo de estágio, ainda que tenha uma interface com os campos de estágio. Então, é preciso criar massa crítica, produzir, fazer pesquisa, publicar sobre isso e envolver a instituição e os diferentes espaços da formação. A escola cresceu muito em termos de divisão de espaço, de compreensão, amadureceu em muitos aspectos nos últimos anos. Esse é um momento favorável para ampliação da inserção nas residências, a residência precisa ter um lugar e ser vista estrategicamente.

Muitas vezes, os/as docentes que ingressam na unidade de ensino, ou mesmo os/as docentes mais antigo/ass, não sabem que nós temos residência e o significado da residência na formação profissional. Nesse sentido, é fundamental envolver todos nesse processo que já está em curso. Já existe um fórum da residência com a COREMU e um conjunto de residências implementadas. No âmbito da nossa unidade, pode ser criado um espaço de formação permanente com palestras, formação docente voltada à residência, construindo e ensinando. Não existe ainda um espaço sistemático de formação do próprio docente, que possa apresentar todas as possibilidades de trabalho, de conhecimento e de preparação para as atividades assumidas ao longo da carreira.

## POSFÁCIO

A obra "*Serviço Social e Residências em Saúde: desafios em tempos de pandemia*" nos ofereceu, a partir de um belo e sincronizado trabalho coletivo, um importante panorama sobre o Serviço Social nas Residências em Saúde.

Aos leitores e leitoras foi possibilitado acesso a um material multifacetado e resultante de pesquisas de fôlego realizadas por profissionais que optaram (e entregaram) análises que esquadri-nharam histórica e dialeticamente determinações sociais inscritas no cotidiano das Residências em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), inclusive incorporando o contexto pandêmico em muitos textos.

Foi-nos possibilitado percorrermos corredores e salas da UFRJ, andamos pelo Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, pelo Instituto de Psiquiatria, pelo Instituto de Puericultura e Pediatria, pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e pela Escola de Serviço Social.

E em tempos de negacionismos, irracionalidades, reinvenções do conservadorismo e esgarçamento dos direitos sociais, essa caminhada, realizada através dos olhares e reflexões críticas das autoras e autores, nos levou a um mergulho sobre os contornos da participação do Serviço Social nas Residências em Saúde, mas se você, leitora ou leitor, prestou atenção, viu que, partindo dos fenômenos, os textos nos provocaram a buscar a compreensão de sua essência (KOSIK<sup>56</sup>, 1976; MARX<sup>57</sup>, 2011), na forma de respostas, mas também trazendo novas perguntas.

Tendo como eixo articulador a Residência em Saúde em seus sentidos históricos, atribuições em termos de formação para e pelo Sistema Único de Saúde, nos foi apresentado um conjunto de reflexões que compareceram como abstrações do real, sínteses de muitas determinações (MARX, 2011). Das muitas reflexões realizadas pelas autoras e autores, destaco algumas questões que entendo como transversais e provocadoras.

### Tempos pandêmicos

Atualmente, no Brasil vivenciamos recordes de mortalidade diária, recordes de média móvel e chegamos a 310.550<sup>58</sup> mil

---

56 KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

57 MARX, Karl. *Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858. Esboços da crítica da economia política*. São Paulo: Boitempo, 2011.

58 Dado referente ao dia 27 de março de 2021, do painel de monitoramento da Covid-19 desenvolvido pela Universidade Johns Hopkins, disponível em <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

óbitos por Covid-19. O que se observa é um aumento gradativo da letalidade, assim como um rejuvenescimento da pandemia no Brasil (aumento progressivo da mortalidade em faixas etárias entre 30 a 59 anos), o que conduz a um colapso nacional do sistema de saúde (FIOCRUZ, 2021a<sup>59</sup>; 2021b<sup>60</sup>).

Esse colapso sanitário não é natural ou inevitável, mas sim resultante do encontro do Sars-Cov-2 com a realidade social brasileira. O vírus não produziu a crise, mas a aprofundou (GRANEMAN; MIRANDA, 2020)<sup>61</sup>. E sobre quem recai o ônus da crise?

Quem paga essa conta é a classe trabalhadora, paga em mortalidade<sup>62</sup> e na progressiva e contínua diminuição das condições mínimas de sua reprodução.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua<sup>63</sup>, destacou que desemprego no ano de 2020 atingiu 13,4 milhões de trabalhadores e trabalhadoras, um recorde. Soma-se ao contexto de crise pandêmica a crise econômica em curso antes da Covid-19 e sua repercussão em termos respostas: antes da pandemia, são exemplos a Emenda Constitucional nº 95/2016 (a chamada Lei do Teto de Gastos) que além do congelamento dos gastos públicos por vinte anos, no que tange à saúde e a educação, há a desvinculação das despesas primárias e a contrarreforma trabalhista de 2017, Lei nº 13.467/2017; durante a pandemia, aos trabalhadores e trabalhadoras o pífio e intermitente Auxílio Emergencial.

---

59 FIOCRUZ. Observatório Covid-19. *Boletim Extraordinário do Observatório Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2021a. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim\\_extraordinario\\_2021-marco-16-red-red-red.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.*

60 FIOCRUZ. Observatório Covid-19. *Boletim Extraordinário do Observatório Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2021b. Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim\\_covid\\_2021-semanas\\_10-11-red.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_10-11-red.pdf). Acesso em: 27 mar. 2021.*

61 GRANEMANN, Sara.; MIRANDA, Flávio. Crise econômica, crise sanitária: a Covid-19 como instrumento da acumulação? In: SILVA, L. B.; DANTAS, A. V. (Org.) *Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2020. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise\\_e\\_pandemia.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf). Acesso em: 10 mar. 2021.*

62 Estudo do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) da PUC-Rio (BATISTA et al., 2020) apontou que no Brasil a progressão da doença sofre grande influência de fatores socioeconômicos e que pessoas pretas e pardas morrem mais de Covid-19 do que pessoas brancas. Dentre outras questões, a pesquisa apontou que as chances de morte de uma pessoa preta ou parda não alfabetizada são 3,8 vezes maiores do que de uma branca com nível superior.

63 IBGE (Brasil). *Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Terceiro Trimestre de 2020. 2020. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2020\\_3tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_3tri.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.*

## Formação para e pelo SUS

O SUS é uma conquista das lutas da classe trabalhadora brasileira, entretanto esse avanço legal e civilizatório se realizou em meio a muitas contradições. O SUS instituiu o acesso universal e integral, mas sua implementação enquanto sistema de saúde público se deu a partir de disputas entre interesses públicos e privados (DANTAS, 2017)<sup>64</sup>. E essa relação entre o público e o privado traz repercussões para o trabalho desenvolvido na saúde, assim como influência nos processos formativos desenvolvidos no âmbito do SUS.

O SUS nasce subfinanciado e torna-se também desfinanciado (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019)<sup>65</sup>, houve desde sempre uma tensão entre a universalidade (o direito social) e a austeridade (a antiga e sempre presente busca por uma “modernização” que só faz repor a exploração). Em termos do trabalho em saúde essa relação pode ser vista diretamente nas “novas” formas de contratação e de gestão – das OSs a EBSERH. É nesse mesmo espaço-tempo que entra em tela a temática da formação dos trabalhadores para atuação no SUS. É a partir dos anos 2000 de se inicia o processo de ordenamento da formação de trabalhadores e trabalhadoras para a área da saúde, e é nesse contexto que a modalidade Residência em Saúde é tomada como uma estratégia nacional de formação para o SUS.

E qual a particularidade desta formação? Articular trabalho a uma formação interdisciplinar conectada com o cotidiano concreto das necessidades de saúde da população. Há potência e sentido nesta formação, mas há também muitos desafios relacionados a precarização do trabalho de preceptores e tutores, assim como os riscos de que a formação pelo trabalho vivenciado pelo residente torne-se mais uma forma de trabalho precário.

## Serviço Social nas Residências em Saúde

A pandemia trouxe novos desafios ao exercício profissional do Serviço Social, tal como ao desenvolvimento de projetos formativos como a Residência. Entretanto, é na formação profissional inscrita no Projeto Ético Político do Serviço Social que encontramos subsídios para a compreensão da realidade que vivenciamos, do mesmo modo que nele encontramos apontamentos que iluminam a proposição de ações no contexto

---

64 DANTAS, André V. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017.

65 MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez 2019.

pandêmico – ações nas equipes, com usuários e famílias, assim como nos processos formativos via Residência. E como o Projeto Ético Político do Serviço Social contribui para tanto?

Vejam, o processo saúde-doença e a política de saúde expressam contradições da luta de classes, evidenciam interesses antagônicos presentes na relação capital/trabalho, pautas que incidem diretamente nas formas de propagação do novo coronavírus e no cuidado em saúde à Covid-19. Com isso quero dizer que uma das contribuições fundamentais realizadas pelo Serviço Social no campo da saúde, e especialmente nos processos formativos que envolvem as Residências em Saúde, é a lógica da determinação social como um guia nas ações das/dos assistentes sociais. Ou seja, é uma profissão que concebe a saúde para além das facetas biológicas, buscando apreender dialeticamente o individual e o coletivo, o biológico e o social, em interação contínua.

Essa perspectiva faz com que nossa formação, assim com nosso exercício profissional, possibilitem a percepção de que o processo saúde-doença se realiza em interface com as expressões da questão social, explicitando desigualdades sociais. Essa é uma contribuição que é ao mesmo tempo potente e desafiadora, na medida em que as estruturas sociais reproduzidas nas instituições de saúde, em grande parte, repõem formas tradicionais, hierárquicas e conservadoras de atuação em saúde.

### **O que será do amanhã?**

Todo o trabalho coletivo impresso na forma de palavras nesta obra nos aponta que o futuro exige uma leitura crítica do presente, mas uma leitura que é também movimento, diligência.

Chegamos ao final da leitura deste livro certos de que o SUS é uma conquista que precisa ser defendida e sustentada cotidianamente em sociedade e no exercício profissional em saúde. Uma das estratégias dessa sustentação é uma formação profissional via Residência em Saúde conectada ao seu tempo e as necessidades de saúde da população. Como nos mostrou os capítulos desta obra, na disso está garantido.

O livro *“Serviço Social e Residências em Saúde: desafios em tempos de pandemia”*, a partir de olhares múltiplos sobre a saúde, a Residência em Saúde e a sociedade, me deixa o recado de que a luta por uma saúde universal e integral – na assistência, no ensino e na pesquisa – só se realiza como tarefa coletiva e para realizá-la é preciso antes compreendê-la, analisá-la e discuti-la.

Encerrando por aqui, deixo aos leitores e leitoras um poema que este livro me fez recordar, chame-se "Guardar" e foi escrito por Antonio Cicero. Ele disse assim:

*Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.*

*Em cofre não se guarda coisa alguma.*

*Em cofre perde-se a coisa à vista.*

*Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado.*

*Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, fazer vigília por ela, isto é, velar por ela, isto é, estar acordado por ela, isto é, estar por ela ou ser por ela.*

*Por isso melhor se guarda o voo de um pássaro*

*Do que um pássaro sem voos.*

*Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se publica,*

*por isso se declara e declama um poema:*

*Para guardá-lo:*

*Para que ele, por sua vez, guarde o que guarda:*

*Guarde o que quer que guarda um poema:*

*Por isso o lance do poema:*

*Por guardar-se o que se quer guardar.*

*Leticia Batista da Silva<sup>66</sup>*

---

66 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente e Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF/Niterói).

## AUTORAS E AUTORES

### **Alessandra do Nascimento Frazão**

Assistente Social. Especialista em Serviço Social e Políticas Sociais pela FAGOG/NEZO. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

### **Amanda de Almeida Sanches**

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Instituto de Puericultura e Pediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/UFRJ). Integrante da pesquisa Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes.

### **Andreia de Albuquerque Trindade**

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Serviço Social em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Especialista em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da UERJ. Coordenadora de Área, tutora e preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

### **Bárbara Menezes Silva Santos**

Assistente Social do IPPMG/UFRJ. Mestranda em Políticas Públicas e Direitos Humanos (PPDH/UFRJ).

### **Camila Oliveira Carvalho**

Assistente Social. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IMPP-ESAM. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

### **Cassia Almeida de Oliveira**

Assistente Social do IPPMG/UFRJ. Mestranda em Serviço Social (PPGSS/UERJ).

**Célia Regina de Jesus**

Assistente Social. Especialista em Serviço Social e Trabalho com as famílias pela UNISUAM. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Cibele da Silva Henriques**

Assistente Social do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Preceptora de núcleo do Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

**Cintia da Silva Cunha**

Assistente Social. Especialista em Serviço Social e Políticas Sociais pela FAGOG/NEZO. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Claudia Gregório de Brito**

Assistente Social. Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Dayanna Henrique Gomes Garcia**

Assistente Social do IPPMG/UFRJ. Mestre em Serviço Social (PPGSS/UERJ).

**Débora Holanda Leite Menezes**

Assistente Social. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social, lotada no Departamento de Fundamentos do Serviço Social (ESS/ UFRJ). Doutora em Política Social, pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social (UFF). Membro da coordenação do Núcleo de Pesquisas em Política Social, Questão Social e Serviço Social (NUPEQUESS). Professora Referência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (HESFA/UFRJ). Coordenadora do Projeto de Pesquisa Universidade e Saúde (ESS/UFRJ).

**Dilene Francisco Constancio**

Assistente Social do IPPMG/UFRJ. Mestre em Serviço Social (PPGSS/UFRJ). Doutoranda em Saúde Coletiva (PPGSMC/IFF/FIOCRUZ).

**Elis Cardoso Lago**

Assistente Social. Graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho**

Assistente Social, Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Erimaldo Matias Nicacio**

Psicólogo. Professor Associado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Membro do corpo docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (HESFA/UFRJ).

**Fabiana Holanda**

Assistente Social IPPMG/UFRJ. Especialista em Gerência e Programas Sociais (FESP/UFRJ).

**Flavia de Oliveira Barbosa**

Assistente Social IPPMG/UFRJ. Mestranda em Saúde Coletiva (PPGSMC/IFF/FIOCRUZ).

**Fernanda Kilduff**

Assistente Social. Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Graziani Araujo de Lima da Nobrega**

Assistente Social. Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela Universidade de Brasília (UNB). Preceptora no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Isadora Barbosa Varella**

Assistente Social. Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Janete Duarte Bastos**

Assistente Social. Especialista em Gestão de Saúde pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e em Educação e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**José Augusto Bisneto**

Engenheiro Civil e Assistente Social. Professor aposentado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ).

**Josefina Mastropaolo**

Assistente Social. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Professora referência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (HESFA/UFRJ).

**Laís Godinho Busquet Soares**

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Gestão da Saúde e Administração Hospitalar. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Laryssa Almada Ferreira**

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Luiza Cristina Rodrigues Silva**

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Natalina Ribeiro Brito**

Assistente Social Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência em Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Paula Freire Novaes Silva**

Assistente Social. Especialista em Elaboração e Gestão de Projetos Sociais pela FACEC/NEZO. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Paulo Sérgio Pereira Filho**

Discente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Bolsista de Iniciação Científica da pesquisa Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes.

**Rachel Gouveia Passos**

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professora do Curso de Graduação e Coordenadora da Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Coordenadora da pesquisa Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes. Membro do corpo docente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

**Rita Cavalcante**

Professora Doutora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Preceptora de Núcleo do Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

**Rosana Morgado**

Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ).

**Rosilene Virginia Galdino**

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Rosimere Figueiredo do Vale**

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Sandra Rios**

Assistente Social IPPMG/UFRJ. Especialista pelo INCA.

**Sandro Barbosa**

Discente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Bolsista de Iniciação Científica da pesquisa da pesquisa Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes.

**Sara Danielle Lacerda de Mello**

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Soraia da Silva Rondão do Nascimento**

Assistente Social. Especialista em Serviço Social e Políticas Sociais pela FAGOC/NEZO. Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Taiane Batista de Oliveira**

Assistente Social. Especialista em Gestão Urbana e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Thaís Cavalcanti Marques**

Assistente Social IPPMG/UFRJ. Mestre em Serviço Social (PPGSSDR/UFF).

**Thaís Lisboa**

Assistente Social da Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. Preceptora de núcleo do Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

**Thaissa dos Santos**

Discente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ).

**Thayane Santos Crespo da Cunha**

Assistente Social IPPMG/UFRJ. Mestre em Política Social (PPGPS/UFF).

**Vanessa Barreto Corrêa Passos**

Assistente Social. Doutoranda e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

**Vania Dias de Oliveira**

Assistente Social. Doutoranda e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

*Esta publicação foi projetada e diagramada em abril de 2021 pelo Setor de Publicações e Coleta de Dados da Escola de Serviço Social da UFRJ para difusão online via Pantheon UFRJ e página da ESS-UFRJ. Foram utilizadas as fontes Raleway (Medium 12/15pt no corpo de texto) e Bitter, em página de 595x842pt (1:0,7)*