

# Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde

Rachel Gouveia Passos  
ORGANIZADORA



# **Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde**

Rachel Gouveia Passos  
ORGANIZADORA

**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, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde**

Rachel Gouveia 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, trabalho profissional e residência multiprofissional em saúde / Rachel Gouveia Passos organizadora, apresentação Elaine Martins Moreira, Miriam Krenzinger, prefácio Ludmila Fontenele Cavalcanti. – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, Coordenação de Capacitação Continuada, 2021. 119 p.

ISBN 978-65-88579-05-3 (versão on-line)

1. Serviço social - Brasil. 2. Bem-estar social - Brasil. 3. Assistentes sociais. 4. Saúde pública - Brasil. I. Passos, Rachel Gouveia. II. Moreira, Elaine Martins. III. Krenzinger, Miriam. IV. Cavalcanti, Ludmila Fontenele. V. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social.

CDD: 361.981

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

# sumário

## **5 APRESENTAÇÃO**

*Elaine Martins Moreira & Miriam Krenzinger*

## **7 PREFÁCIO**

*Ludmila Fontenele Cavalcanti*

## **9 CAPÍTULO 1**

**Qualificação profissional em tempos pandêmicos: uma breve sistematização do curso de extensão Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde**

*Rachel Gouveia Passos, Giulia de Castro Lopes de Araujo & Jéssica Taiane da Silva*

## **19 CAPÍTULO 2**

**Contextualização histórica e política do surgimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde**

*Rodriane de Oliveira Souza*

## **33 CAPÍTULO 3**

**A relação do Serviço Social com as Residências Multiprofissionais em Saúde**

*Marina Monteiro de Castro e Castro*

## **50 CAPÍTULO 4**

**A conjuntura e os rebatimentos nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde**

*Letícia Batista Silva*

## **67 CAPÍTULO 5**

**A relação núcleo e campo: desafios ético-políticos, técnico-operativos e teórico-metodológicos**

*Marco José de Oliveira Duarte*

## **83 CAPÍTULO 6**

**Preceptoria e tutoria nas residências multiprofissionais em saúde no Brasil: limites, desafios e possibilidades**

*Sabrina Pereira Paiva*

## **94 CAPÍTULO 7**

**Desafios na formação das residentes assistentes sociais na UFRJ**

*Débora Holanda & Fernanda Kilduff*

## **110 CAPÍTULO 8**

**Formação profissional em saúde: os impactos da pandemia nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ**

*Rachel Gouveia Passos, Amanda de Almeida Sanches, Paulo Sergio Pereira Filho & Sandro Mattos*

## APRESENTAÇÃO

Elaine Martins Moreira<sup>1</sup> & Miriam Krenzinger<sup>2</sup>

É com muita honra e satisfação que apresentamos esta obra. Ela traz uma contribuição, bastante aguardada, sobre a inserção do Serviço Social junto aos Programas de Residência Multiprofissional (PRM) em Saúde na UFRJ. Desde que assumimos a Direção da Escola de Serviço Social, em 2018, ainda nos primeiros meses, a demanda por debates pedagógicos, disciplinas e parcerias contínuas com as equipes destes Programas chegou até nós de forma bastante urgente. Com apoio da Coordenação de Estágio e, em seguida, convidando para o debate o conjunto da ESS/UFRJ, construímos em menos de um ano a proposta da criação da Coordenação de Capacitação Continuada (CCC) que, entre outras atribuições, faria esta interlocução com os PRM.

Vale registrar, que este livro também é fruto de um trabalho coletivo iniciado há muitas décadas por diferentes docentes da ESS/UFRJ no âmbito das PRM e, por isso, a todos e todas registramos nosso reconhecimento. Ressaltamos, especialmente, que desde 2019, a Coordenação muito bem conduzida pela profa. Rachel Gouveia, vem construindo e implementando um conjunto de ações de ensino, pesquisa e extensão, de forma pioneira na ESS, mesmo em meio a uma pandemia – esta que vem desde o início de 2020 e já está em seu segundo ano provocando centenas de milhares de mortes em nosso país. Certamente um contexto muito desafiador para a profissão, e tanto mais àquelas/es que se encontram trabalhando nos hospitais.

Na leitura deste livro vocês encontrarão informações que vão desde a contextualização do surgimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a sua particularidade na UFRJ, até as tensões e desafios colocados ao Serviço Social ao integrar estas equipes. Como, por exemplo, o debate sobre preceptoria, tutoria, a formação e qualificação em meio a uma pandemia mundial. Além disso, como sabemos, estamos imersos em uma crise econômica sem a condução/proposição, no âmbito do governo federal, de medidas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e de ações no campo da promoção/prevenção.

Seguramente, este cenário tem sido muito desafiador a todas/os/es colegas que estão atuando nestes espaços na preceptoria/

---

1 Assistente Social, Doutora em Serviço Social e Vice-Diretora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2 Assistente Social, Doutora em Serviço Social e Diretora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

tutoria, bem como as/os assistentes sociais que estão sendo residentes nos hospitais. Algumas das questões envolvidas na inserção de assistentes sociais em PRM vêm desde seu início nos convocando a pensar o lugar da profissão neste espaço, que é formativo e interventivo. Com a pandemia da COVID-19, impreterivelmente outros dilemas foram colocados.

Por estes motivos aqui mencionados, só podemos saudar a todas/os/es envolvidos/as/es na elaboração deste livro. Desejamos, por fim, as/os/es leitores uma profícua reflexão e que esta obra possa subsidiar estratégias de intervenção com vistas ao fortalecimento do nosso querido SUS, instrumento tão necessário para a garantia da vida das/os/es brasileiros e não brasileiros/as que vivem em nosso território.

Viva as/os profissionais da saúde. Viva o SUS!

Boa leitura a todas/os/es!

Rio de Janeiro, setembro de 2021.

## PREFÁCIO

Ludmila Fontenele Cavalcanti<sup>3</sup>

Resultado de um esforço acadêmico, com participação de docentes, profissionais e discentes com distintas inserções, a Coletânea "Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde", produzida no cenário desafiador da pandemia de COVID-19, apresenta um conjunto de reflexões fundamentais acerca da residência multiprofissional em saúde.

A organização de mais essa coletânea dá visibilidade às residências multiprofissionais como atividade em nível de pós-graduação, permitindo a ampliação do debate interno e externo a esse campo da formação profissional, inspirando novos estudos pelo Serviço Social.

Destaco, primeiramente, a importância do reconhecimento da residência multiprofissional em saúde como espaço estratégico da formação profissional do assistente social. O entendimento da saúde como produto das condições objetivas de existência e do modo como são produzidas as ações de saúde indicam a centralidade da intervenção profissional do assistente social.

Mesmo anteriormente ao reconhecimento da saúde como um direito, é histórica a intervenção do assistente social nesse campo em todos os níveis da atenção em saúde. Num contexto mais recente, a relação entre o projeto ético-político da profissão e a Reforma Sanitária foi reconhecida pelo CFESS, em 1999, quando caracterizou o assistente social como profissional de saúde.

Embora a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, tenha previsto que o Sistema Único de Saúde (SUS) assumisse a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento de política de formação dos profissionais de saúde, as residências multiprofissionais foram impulsionadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2002 e 2003 através de uma maior aproximação entre as políticas de educação e de saúde.

A ampla municipalização dos serviços, através da gestão do segmento ambulatorial e hospitalar do SUS, trouxe uma sobrecarga de ações em saúde para a instância municipal, agravada pela limitação quanto ao ingresso de novos profissionais.

---

3 Assistente Social e Advogada. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz. Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Políticas Públicas, Identidades e Trabalho e do Grupo Prevenção da Violência Sexual da UFRJ.

No processo de articulação das políticas de saúde e educação, a integração dos hospitais universitários, com enorme heterogeneidade nos perfis assistenciais, portes e modelos de gestão ao SUS, também vem tensionando a complexa relação entre as duas políticas.

Essa coletânea, nesse contexto, oferece elementos para pensar a intersectorialidade entre as duas políticas e a importância da articulação entre ensino, pesquisa e extensão, componentes do tripé da universidade pública no desafio da institucionalização das Residências Multiprofissionais na Universidade Federal do Rio de Janeiro. São inúmeras as possibilidades de atividades de ensino; projetos e cursos de extensão; e pesquisas no âmbito e sobre as residências multiprofissionais.

A publicação regular sobre as iniciativas e os desafios do tempo presente, em parceria com os diferentes segmentos envolvidos nas Residências Multiprofissionais de diferentes instituições de ensino, também fortalece a aproximação entre os variados programas de residência.

Como resultado de mais de uma década de esforço de institucionalização das Residências Multiprofissionais no âmbito da Escola de Serviço Social (ESS), a constituição de uma Coordenação de Capacitação Continuada na ESS, que atua estrategicamente na organização do ensino dos programas de residência, na produção de pesquisa sobre o tema da formação profissional em saúde, na realização de curso de extensão sobre o trabalho profissional do assistente social e a residência multiprofissional em saúde, além da contínua sistematização desse conjunto de experiências, vem produzindo um lugar qualificado no ensino de Pós-Graduação Lato Sensu da ESS/UFRJ.

No contexto de retrocessos no campo dos direitos em um cenário conservador, o compromisso da Universidade com o enfrentamento às desigualdades e qualificação do SUS, requisita a relação com os campos de prática da formação profissional em diferentes níveis; a construção de espaço interdisciplinar e intersectorial; e a produção de conhecimento.

## CAPÍTULO I

# Qualificação profissional em tempos pandêmicos: uma breve sistematização do curso de extensão Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde

Rachel Gouveia Passos<sup>4</sup>, Giulia de Castro Lopes de Araujo<sup>5</sup>  
& Jéssica Taiane da Silva<sup>6</sup>

### Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação em saúde em nível de pós-graduação *lato sensu* que se caracteriza através do trabalho em saúde (SILVA, 2018). Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) buscam romper com o modelo hegemônico médico assistencial e promover uma formação orientada para o fortalecimento e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram implementadas com base na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Sendo que, na atual conjuntura de contrarreformas do Estado, conduzidas pelo projeto neoliberal, torna-se cada vez mais necessária a formação de profissionais sintonizados com a defesa dos princípios basilares do SUS.

Nesse sentido, o curso de extensão *Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde* foi uma iniciativa organizada pela Coordenação de Capacitação Continuada (CCC), vinculada a Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ), que teve como proposta

---

4 Professora do Curso de Graduação e Coordenadora da Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CCC/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). E-mail: rachel.gouveia@gmail.com

5 Mestranda em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense (PPGSSDR/UFF). Graduada em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Realizou estágio obrigatório na Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CCC/ESS/UFRJ), no período de março a junho de 2021. E-mail: giuliaclaraujo@gmail.com

6 Graduanda em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Realizou estágio obrigatório na Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CCC/ESS/UFRJ), no período de março a junho de 2021. E-mail: jtaianne@outlook.com

a qualificação de assistentes sociais preceptoras, tutoras e/ou docentes, de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), com a finalidade de promover a qualificação profissional. A CCC foi criada, no final de 2019, como parte constituinte da gestão da ESS/UFRJ, vinculada, de forma horizontal, à Coordenação de Estágio, Extensão e Pós-Graduação, e tem como objetivo promover formações como cursos, capacitações de extensão, especializações, entre outras ações direcionadas para profissionais do Serviço Social e áreas afins.

Além dessas frentes de trabalho, a CCC também é responsável pela articulação entre a ESS e os cinco<sup>7</sup> PRMS que possuem vagas para assistentes sociais e são ofertados pela UFRJ. No decorrer de 2020, criou-se o Fórum do Serviço Social das Residências Multiprofissionais em Saúde da UFRJ, que possui frequência bimestral e conta com a participação de residentes, preceptoras, tutoras, docentes e coordenadoras.

O fórum se configura como um espaço coletivo e participativo indispensável, onde são apresentadas as demandas do cotidiano do trabalho e da formação profissional e, ali são pensadas as possíveis resoluções e encaminhamentos que se fizerem necessários (PASSOS *et. al.* 2021). Este espaço também se caracteriza pela sua capacidade propositiva e construtiva, gerando diferentes frutos coletivos como a primeira coletânea *Serviço Social e Residências em Saúde: Desafios em tempo de pandemia*<sup>8</sup>.

Isto posto, ressaltamos que o curso de extensão *Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde* surge da demanda apresentada no fórum por profissionais que atuam nos programas de residência multiprofissional em saúde da UFRJ. Destacamos que as assistentes sociais exercem o papel de preceptoras e tutoras nas residências, entretanto, lhes falta ofertada de qualificação sobre a temática.

O curso é parte da pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes*<sup>9</sup>, coordenada e

---

7 Os programas são fornecidos pelo Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG); Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF); Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) e pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). As especializações são das áreas da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Família e Comunidade, Saúde da Mulher e Saúde Mental.

8 A mesma encontra-se disponível no site da ESS/UFRJ: <http://ess.ufrj.br/images/Publicacoes/SERVIO-SOCIAL-E-RESIDENCIAS-EM-SAUDE.pdf>.

9 Iniciada em 2020, 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.

desenvolvida pela CCC/ESS/UFRJ. A pesquisa realizou o mapeamento dos impactos da pandemia na formação e na saúde das assistentes sociais residentes. Além dos múltiplos desafios que atravessam a organização do trabalho, como as contrarreformas nas políticas de saúde e educação, as residentes dos PRMS/UFRJ ainda experienciam todos os impactos gerados pelo contexto pandêmico.

Tendo como público alvo profissionais do Serviço Social que atuam como preceptores, tutores e/ou docentes de PRMS, o curso de extensão ocorreu ao longo de seis terças-feiras, nos meses de abril e maio de 2021, por meio de aulas remotas realizadas via plataforma *Google Meet*.

As aulas foram ministradas por docentes do Serviço Social brasileiro vinculados a diferentes instituições: UFRJ, UERJ, UFJF, UFF e FIOCRUZ. Foram abordados os seguintes temas: (1) Contextualização histórica e política do surgimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde; (2) A relação do Serviço Social com as Residências Multiprofissionais em Saúde; (3) A conjuntura e os rebatimentos nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde; (4) A relação núcleo e campo: desafios ético-políticos, técnico-operativos e teórico-metodológicos; (5) Preceptoria e tutoria: desafios e impasses, (6) Desafios na formação das assistentes sociais residentes na UFRJ.

Considerando o contexto complexo desse período pandêmico, além do esforço das profissionais em solicitarem autorização e darem uma pausa no trabalho para participarem das aulas, a comissão organizadora compreendeu que não deveriam haver critérios tão burocratizados como provas ou trabalhos finais, assim, a emissão do certificado ocorreu mediante a presença nas aulas. A maior potencialidade sentida pela equipe em meio à modalidade remota foi a possibilidade de ampliação do acesso a qualificação para as diversas regiões do Brasil, o que não seria possível no modelo presencial.

Além disso, também foi criado um canal de comunicação através do *Whatsapp*, o que facilitou a comunicação entre a comissão e as alunas, e se configurou enquanto um espaço de compartilhamento de informações, notícias e indicações bibliográficas, entre outros que levassem à reflexão sobre assuntos pertinentes às aulas e temas debatidos. O grupo foi organizado e mediado pelas estagiárias da CCC e, também, pelos alunos extensionistas do projeto. Destacamos que a participação no grupo foi facultativa e quem optou por não compor, recebeu as mesmas informações referentes ao curso pelo e-mail.

Após cada aula foram realizadas reuniões com todos os integrantes da comissão do curso para o momento de avaliação processual. Este espaço se configurou como um potente vetor de avaliação, no sentido de levantamento de possíveis alterações a serem realizadas, como a troca de plataforma, que ocorreu no início do curso, devido à não adaptação de parte da turma, bem como de organização das próximas aulas e alinhamento dos frutos do trabalho coletivo.

### **Assistente social, profissional da linha de frente**

Os primeiros conhecimentos obtidos sobre o novo coronavírus, já destacavam que a principal forma de transmissão era através de partículas projetadas pelas vias respiratórias (OPAS, 2020). Logo, a orientação mais realizada foi: "fique em casa", mantenha o distanciamento e evite aglomerações para suprimir a proliferação do vírus, prevenir a doença e a mortalidade associada.

No entanto, no Brasil, diversas medidas de contenção do vírus foram ignoradas devido a uma postura anticientífica e negacionista do Governo Federal (LOWY, 2020) e até o momento, em agosto de 2021, temos a trágica marca de mais de 560 mil vidas perdidas, além de 19 milhões de casos confirmados (BRASIL, 2021). Enfatizamos que se não fosse o SUS e os trabalhadores que o compõem, este número seria muito maior.

No início da pandemia, a incerteza sobre o que estava por vir, gerou inúmeras mudanças no mundo do trabalho. No Brasil, diversas empresas realizaram demissões em massa, que hoje já somatizam 15,3 milhões de pessoas desempregadas (IBGE, 2020), uma parcela de trabalhadores formais começou a desenvolver seu trabalho em casa, denominado de *home office*, e algumas empresas deram férias aos seus trabalhadores. Em direção contrária, aqueles que trabalham nos serviços de saúde nunca foram tão requisitadas em seus espaços ocupacionais (MATOS, 2020).

No entanto, há de se destacar que desde o seu surgimento, na Constituição Federal de 1988, o SUS vem sofrendo intensos ataques e retrocessos, como o desfinanciamento público (a exemplo da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou por 20 anos o investimento da saúde e na educação); as constantes alterações do seu modelo de gestão para perspectivas privatizantes; e o avanço do setor privado criando uma ideologia da impossibilidade da assistência pública à saúde de qualidade (MATOS, 2020).

Neste sentido, em meio ao cenário pandêmico, às políticas negacionistas do Governo Federal e aos ataques sofridos pelo SUS,

encontram-se os trabalhadores de saúde. E aqui destacamos as assistentes sociais, que neste contexto de reorganização do fluxo de trabalho nos serviços de saúde, de baixa até a alta complexidade, encontram diversas barreiras para que sua atuação se limite ao campo das suas competências profissionais e de suas atribuições privativas.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218/1997 (CNS, 1997) e a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 383/1999 (CFESS, 1999) o Serviço Social é uma profissão da área da saúde. Além disso, compõe o quadro das 14 categorias profissionais mobilizadas para atuar no enfrentamento à pandemia do coronavírus, conforme consta na Portaria nº 639 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Portanto, vem sendo uma profissão essencial para atuar frente às determinações sociais da saúde, assim como na necessidade de intervir no acesso aos serviços que, neste cenário, se agudizam no Brasil.

Segundo Bravo e Matos (2006), o objetivo do Serviço Social na saúde é a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais que atravessam o processo saúde-doença e a mobilização de recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa que contribua para a emancipação das classes subalternas (ABREU, 2002; CFESS, 1993). Assim, segundo Matos (2020), essa deve ser a bússola das assistentes sociais da área da saúde neste momento de calamidade pública. Devemos nos ater aquilo que temos competência e resguardar nosso agir profissional.

Além do Serviço Social compor a equipe de profissionais da área da saúde, é necessário destacar sua indispensável participação no processo de formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), não só para o fortalecimento de uma perspectiva crítica que reforça os objetivos da Reforma Sanitária e do próprio Projeto Ético-Político (PASSOS *et al.*, 2021), como também para o estímulo ao trabalho multi/ interdisciplinar e a assistência pautada no princípio da integralidade e no conceito ampliado de saúde (SILVA; BROTO, 2016; FROSSARD; SILVA, 2016; NEVES; FAVARO, 2017).

Segundo Passos *et al.* (2021), além de todos os desafios postos no cotidiano profissional das assistentes sociais, como o sucateamento, a precarização e o desfinanciamento da política de saúde, circunscritos ao avanço do ideário neoliberal, as profissionais que atuam nos PRMS ainda lidam com a terceirização dos serviços do sistema hospitalar público brasileiro, como exemplo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o que compromete diretamente a autonomia e independência com a produção de conhecimento (CFESS, 2017). As contrarreformas na área

da educação e a desvalorização da pós-graduação *lato sensu* também impactam diretamente no processo de formação de residentes (CASTRO, 2019).

Além dos obstáculos apontados anteriormente, as múltiplas modificações ocorridas no âmbito da saúde a partir do início da pandemia no Brasil também impactaram diretamente no processo de ensino-aprendizagem nas RMS. Devido à necessidade do distanciamento social, prevenção da transmissão e do contágio da COVID-19 dentro das unidades de saúde, as aulas presenciais foram substituídas por atividades remotas. Outro fator em relação às reestruturações estabelecidas nos serviços foi a dificuldade de viabilizar a experiência multiprofissional da residência neste período, a pandemia complexificou ainda mais este desafio de interação entre as categorias e, conseqüentemente, impactou a qualidade do processo de formação dos residentes deste período.

Neste sentido, com as modificações provocadas pelo contexto pandêmico, torna-se fundamental refletirmos sobre os efeitos e as alterações ocorridas na formação e no trabalho das assistentes sociais preceptoras, tutoras, docentes e residentes, considerando as determinações que atravessam o processo de trabalho em saúde e a relação saúde e doença. Assim, destacamos que o curso de extensão *Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde* também permitiu a aproximação e o debate acerca do processo de adoecimento das profissionais, principalmente durante a pandemia de COVID-19.

### Inscrições, seleção e perfil das alunas

Inicialmente, ofertamos um total de 80 vagas. No entanto, tivemos cerca de 350 inscrições no processo seletivo, que se findou, após uma pequena ampliação das vagas, com 85 pessoas selecionadas. O público-alvo foi de profissionais de nível superior, tutoras, preceptoras e coordenadoras de instituições que possuem o PRMS, sendo priorizadas assistentes sociais, mulheres negras e profissionais de diferentes regiões do Brasil.

O perfil do curso foi composto por 96,4% de mulheres<sup>10</sup> de 13 estados, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná e Pernambuco, contemplando todas as regiões brasileiras. Destacamos que 42,9% eram de regiões centrais dos estados e 31% do subúrbio. Sobre o perfil racial, 52,4% eram brancas e 47,6% negras (compreendendo pretas e pardas).

---

10 Por esse motivo justifica-se pronomes e artigos femininos ao falar das alunas do curso.

Através do relatório elaborado sobre o perfil das alunas e suas condições de trabalho durante a pandemia, foi possível apreender parte da realidade dessas profissionais. Aproximadamente 73% das assistentes sociais afirmaram que a carga horária de 60 horas da residência estava sendo cumprida entre os residentes, e dentre as 27% que alegaram dificuldades em cumprir a carga horária, estratégias como atividades remotas, atividades de pesquisa e trabalho aos finais de semana estavam sendo implementadas. Em um dos relatos, a carga horária foi descrita como incompatível e desumana, e que a luta pela diminuição deveria ser uma defesa ética da categoria profissional.

Sobre as atividades remotas, 95% responderam que elas se intensificaram na rotina do residente durante a pandemia. Quando questionadas sobre a qualidade do debate teórico referente a formação, 16% sinalizaram que durante a pandemia estava difícil manter essa qualidade, e do total, aproximadamente 24% afirmaram não estarem recebendo suporte necessário da universidade. Em relação aos impactos das mudanças pedagógicas durante a pandemia, foram listados o estresse, a ansiedade, a dificuldade de acesso à internet de qualidade, as perdas no processo de territorialização e uma participação passiva dos residentes, com pouco envolvimento no debate. A qualidade das atividades remotas no processo de aprendizagem foi classificada como 50% "boa", 40,5% "média", 8,3% "ruim" e 1,2% "ótima".

Na tríade ensino, serviço e comunidade, 64,3% das profissionais afirmaram que foram igualmente afetadas durante a pandemia, enquanto 25% afirmam que a comunidade foi mais prejudicada, 8,3% ensino e 2,4% serviço. 61,9% das profissionais disseram que tiveram a saúde física afetada durante o trabalho na pandemia, entre os motivos a maioria relatou contaminação por COVID-19 (48%), além de ansiedade, depressão, e sobrecarga de trabalho. Do total, 44% relataram que necessitavam de suporte de saúde mental e aproximadamente 30% faziam parte do grupo de risco.

Destacamos que 94% das profissionais relataram contar com assistência em saúde, sendo que 70% acessam a rede privada. Em relação a disponibilidade para realização de testes para COVID-19 nos profissionais e residentes, 89,3% afirmaram acessar nos espaços profissionais e 79,8% sinalizaram que a instituição tem seguido as recomendações do Ministério da Saúde, no que diz respeito aos cuidados e EPis.

Segundo os relatos das mudanças na organização do trabalho durante a pandemia, foi comum a pontuação da sobrecarga de trabalho, na tensão devido a realidade pandêmica, adoecimento da equipe, mudança na rotina dos atendimentos, uma vez que ocorreu a priorização das emergências, gerando um trabalho mais burocrático e cansativo de demandas imediatas.

## Avaliação do curso

Os indicadores selecionados para auxiliarem no processo de avaliação do *Curso de Extensão Serviço Social, Trabalho Profissional e a Residência Multiprofissional em Saúde* são de natureza qualitativa e quantitativa, colhidos por meio de estudo bibliográfico, diário de campo, observação participante, além do formulário avaliativo enviado às alunas após o término do curso para mensurar o impacto e relevância desta atividade na atuação profissional das participantes, além de qualificar a captura dos limites e avanços realizados a partir desta experiência.

As iniciativas por capacitação são uma demanda recorrente, e a partir desse olhar foi desenvolvido o curso de extensão aqui apresentado. Neste sentido, consideramos que o objetivo de uma oferta de ensino de qualidade, pública e gratuita, assim como defendemos o projeto de educação brasileiro, foi alcançado, e que a disponibilização por meio de uma plataforma virtual favoreceu o alcance ampliado a nível territorial no país. Mas, apesar de apontarmos esse como um ponto positivo, enfatizamos a necessidade de constante defesa do ensino público, gratuito, de qualidade e presencial.

No formulário de avaliação do curso divulgado entre as alunas haviam perguntas com relação ao nível de satisfação do conteúdo ministrado e comunicação com a equipe. Das 85 alunas selecionadas, 69 cumpriram o requisito mínimo de frequência e receberam a certificação, dessas, 51 responderam ao formulário de avaliação do curso. 97,8% classificaram o curso de extensão como "muito bom" ou "bom", 99,8% consideraram que os conteúdos irão contribuir positivamente para sua atuação profissional e todas afirmaram que fariam outra capacitação sobre o tema de residências multiprofissionais.

Além disso, ao final do formulário foi disponibilizado um espaço para sugestões e observações. A equipe identificou que a demanda mais recorrente foi o pedido pela continuidade do curso, sendo um espaço de aprendizagem contínua para as profissionais que estão em campo. Importante sinalizar que as profissionais não se consideram suficientemente preparadas para ministrarem preceptoria e tutoria, ainda mais em meio a esse cenário de intensos retrocessos na política de saúde, bem como de sobrecarga e frágeis vínculos de empregatícios.

A implementação desse espaço de capacitação e debate atingiu os objetivos propostos, como explicitado na avaliação do curso pelas alunas como um projeto gerador de impactos positivos na atuação das profissionais envolvidas.

## Considerações finais

O acesso à saúde pública, viabilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é garantido pela Seguridade Social, porém vem sofrendo severos ataques e retrocessos com a intensificação dos cortes ocorridos no orçamento público e o processo de privatização, precarização e sucateamento.

Destacamos que a profissional de Serviço Social atua na linha de frente e durante a pandemia se manteve diretamente relacionada ao enfrentamento da situação de calamidade. Essas profissionais estão diariamente expostas aos processos de adoecimento vinculados ao trabalho, expressos no aumento da demanda e da precarização.

Através da análise do desenvolvimento do curso, dos diários de campo construídos, das reuniões semanais de supervisão e avaliação, e do formulário de avaliação das alunas, verificou-se que o *Curso de Extensão Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional em Saúde* alcançou seu principal objetivo, que foi a capacitação de profissionais em território nacional. Entretanto, ressaltamos que, também por meio desta ferramenta de análise, podemos verificar que urge a ampliação de espaços de ensino e trocas de experiências que possibilitem a formação continuada de profissionais que atuam no processo de formação nos PRMS.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080**. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Painel Coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 23 jul 2021.
- 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, 2006.
- 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.
- CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Brasília, 2017. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSBrochuraResidenciaSaude.pdf>. Acesso em: 10.06.2020.
- CFESS. **LEI 8662/90**. Regulamentação da profissão, 1993 e Código de ética profissional, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 383**, de 29 de março de 1999.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 218**, de 06 de março de 1997.
- IBGE. **PNAD COVID19**. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>. acesso em 23 jul 2021.
- 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.
- 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://>

- terrasemamos.files.wordpress.com/2020/03/coronavc3adrus-e-a-luta-de-clas-  
ses-tsa.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.
- 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: 23 jul. 2021.
- 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.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 639**, de 31 de março de 2020. Brasília, 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.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção**. 2020. Organização Mundial da Saúde. Brasil, 2020.
- PASSOS, R.G. *et al.* Desafios para a formação das assistentes sociais em tempos pandêmicos: o caso dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ. PASSOS, R.G.; TRINDADE, A.A.; GARCIA, D.H.G.; PASSOS, V.B.C. (Orgs.) **Serviço Social das Residências em Saúde: Desafios em tempos de pandemia**. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, Coordenação de Capacitação Continuada, 2021.
- SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 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. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 126 - 149, 2016.

## CAPÍTULO 2

# Contextualização histórica e política do surgimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Rodriane de Oliveira Souza<sup>11</sup>

Olá, gente! Olá, Rachel. Prazer estar aqui com vocês, é sempre um prazer estar nessa casa onde, além de fazer doutorado no programa de pós-graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ, fiz graduação e mestrado, por isso, é muito minha casa. Quero agradecer muito o convite da Rachel.

Assim como a longa trajetória do Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) na construção das jornadas de Serviço Social articulada com a mostra das residências, atividades como este *Curso de Extensão Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional* vem qualificar ainda mais não só o trabalho profissional dos assistentes sociais do Complexo de Saúde da UFRJ, mas também dá a possibilidade de outros sujeitos que estão inseridos nas residências em saúde ou que estão de olho nas residências em saúde realizarem este diálogo com a gente. Muito obrigada pelo convite.

Penso também que a experiência que vocês estão construindo em torno do Fórum de Serviço Social das Residências da UFRJ é um investimento ímpar. Vida longa a ele! Sobretudo nesse contexto tão adverso, tão duro, de tantos ataques aos direitos, de tantos ataques à vida da população já tão espoliada, tão marcada por tantas desigualdades sociais. Nesse sentido, é fundamental a gente não deixar de fazer referência às mais de 350 mil vidas perdidas nessa pandemia, só neste país. Se a gente for considerar isso no mundo, estamos alcançando, provavelmente, entre hoje e amanhã mais de 3 milhões de óbitos. É uma barbárie o que estamos vivendo.

Então, atividades como esta, para pensar e refletir o trabalho profissional e a formação para o SUS que se quer é fundamental, mas também é importante a gente fazer referência a essa população, a essas vidas perdidas, a essas famílias... Todas nós temos, se não dentro das nossas famílias, pessoas muito

---

11 Assistente Social; Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ); Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social / Pela Saúde; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ). Graduada e mestre em Serviço Social pela UFRJ; e Especialista em Serviço Social e Saúde pela UERJ. E-mail: rodriane.o.souza@gmail.com.

próximas que deixaram de estar com a gente por uma ofensiva do capital. Porque não se trata apenas de uma crise sanitária, se trata de um agravamento de uma crise muito maior, que teria todas as condições de ser evitada. Então realizar este curso, neste momento, é também uma estratégia de resistência, é também pensar como coletivamente - e não com iniciativas individuais - podemos enfrentar essa realidade.

Penso que discutir, fazer um resgate histórico do processo de emergência de regulamentação das residências multiprofissionais em saúde no Brasil é estratégico neste momento em que temos um governo que vem retirando todos nossos direitos ou que pretende retirar todos nossos direitos até a última gota. Por isso, é essencial o acesso a alguns elementos para gente pensarmos com mais propriedade como garantir qualidade a essa formação que estamos oferecendo para os residentes.

Então, sem mais delongas, eu vou entrar aqui no tema que foi proposto. Quero dizer a vocês que eu não sei se eu dou conta de abordar todos os aspectos que o Fórum e a Comissão Organizadora solicitaram, mas vou tentar. A ideia é apresentar uma problematização acerca do processo histórico, político e legislativo que culminou na regulamentação dos programas de residência multiprofissional em saúde; as primeiras experiências de residência com a participação do Serviço Social; e os desafios e limites para a implantação e consolidação dos programas. É nessa direção que eu vou dialogar com vocês.

Considero necessário apontar para vocês o que vem sendo considerado o marco do surgimento das Residências Multiprofissionais no Brasil, ou seja, a experiência conhecida como de Murialdo, que é o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária que surge em 1976, no Centro de Saúde Escola de Murialdo (CSEM), na cidade de Porto Alegre (RS), a partir da proposição e coordenação da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, instituição vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. No ano seguinte ao de sua criação, essa proposta que já envolvia a formação e o trabalho foi reformulada, dando origem a um novo programa denominado Residência Integrada em Saúde Coletiva, voltado para a formação de assistentes sociais, médicos, enfermeiros e médicos veterinários.

Não posso deixar de mencionar que grande parte dos elementos que apresentarei nessa intervenção está publicada em duas referências. Uma delas é intitulada *Residência Saúde e Serviço Social: subsídios para a reflexão*. Trata-se de uma publicação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que pude colaborar junto com outras assistentes sociais. A outra referência - que não está disponível por meio digital - é uma publicação lançada no

ano passado - 2020 -: é o livro das professoras que estarão com vocês nas próximas aulas: Leticia Batista e Marina Castro, intitulado *Serviço Social e Residência em Saúde: Trabalho e Formação*. Eu estou trabalhando com elementos que estão, em sua maioria, nessas duas referências.

Ao fazerem o resgate histórico do surgimento da regulamentação das residências no Brasil, essas autoras apontam que a experiência de Murialdo é marcada por duas grandes particularidades: a primeira é uma característica inovadora em função da articulação entre o trabalho e a formação multiprofissional; e a segunda característica é que, na contramão das experiências que vinham sendo realizadas no país até a década de 1970, essa residência acontecia no campo da atenção básica. As anteriores e paralelas experiências se davam no interior dos hospitais - especialmente hospitais de grande porte e hospitais universitários (HU's) -, vinculados ao Ministério da Saúde e ao Governo Federal.

Como o que nos interessa aqui é pensar na inserção do Serviço Social nas residências, é preciso dizer que, para além da experiência de Murialdo, outra experiência pioneira datada do mesmo ano é a do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), HU ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cujo caráter é uniprofissional em Serviço Social (CFESS, 2017).

De acordo com o Relatório da Pesquisa Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social, publicado em 2018 pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), foram identificadas duas únicas Residências Uniprofissionais em Serviço Social no país, ao longo desse período.

Existente até hoje, a primeira foi a Residência da UERJ que, no momento do seu surgimento, ofertava duas vagas por ano e tinha duração de apenas um ano. Do seu surgimento - em 1976 - até 2019, a gestão e a coordenação dessa Residência ficaram a cargo do Serviço Social do HUPE. Nos últimos anos desse período, a partir do investimento de uma comissão formada por docentes da FSS/UERJ e de assistentes sociais do HUPE, foi iniciada a transição para uma gestão compartilhada. Em 2017, um novo projeto político pedagógico, construído de forma coletiva, foi submetido à Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (COREMU) da Universidade e, em 2018, ao Conselho Superior de Ensino e Pesquisa (CSEPE) da UERJ, sendo aprovado em janeiro de 2019, o que possibilitou a oficialização da gestão compartilhada que tem hoje uma docente da FSS na coordenação e uma assistente social preceptora na coordenação adjunta.

A segunda experiência surgiu duas décadas depois - em 1997 - no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Segundo Costa (2016), esse Programa foi finalizado em 2016 - devido às dificuldades da Universidade em assegurar recursos para a sua manutenção, interferindo no pagamento de bolsas dos residentes - depois de ter sido substituído pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, criado em 2015, a partir das diretrizes estabelecidas nesse período pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde.

Contudo, tanto a experiência de Murialdo como do HUPE surgem no mesmo período em que há, no país, um forte movimento pela regulamentação da Residência médica que, embora tenha surgido na década de 1940, foi no contexto da ditadura empresarial-militar que essa modalidade de formação passou a ser considerada essencial à política de saúde da época (SILVA; CASTRO, 2020). Ao assumir características capitalistas, a saúde passou também a requerer a especialização associada a lógica de privatização e lucratividade das práticas médicas, em particular, e dos serviços de saúde, de modo geral.

De acordo com as autoras, a primeira residência médica brasileira data de 1944, quando surge ligada ao Departamento de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Na sequência, foi criado no Rio de Janeiro, em 1948, o Programa de Residência do Hospital dos Servidores do Estado. A inspiração dessas iniciativas foi a experiência vivida por médicos que foram fazer estágio nos hospitais dos Estados Unidos e que lá conheceram um modelo de formação que sustentava nos pressupostos do conhecido Relatório Flexner, cuja a perspectiva prevaleceu em todo mundo e se dá a partir da especialização, da clínica hospitalar e da organização e sistematização da tecnologia no trabalho em saúde.

Esse modelo de formação vai ganhar espaço nas escolas médicas brasileiras com a Reforma Universitária de 1968. Nesse período, a expansão dos cursos universitários apresentou-se como realidade não só para o Serviço Social como também para a Medicina, um dos cursos de maior crescimento. A lógica contida nesse movimento tinha como preocupação o aprimoramento das habilidades técnicas e científicas, ao mesmo tempo que também provocava a fragmentação da formação e a excessiva especialização. Foi na esteira desse processo que a prática médica se desenvolveu, contribuindo para o trabalho fragmentado da qual os atendimentos de forma geral são exemplos, mas também no modelo de hospital que conhecemos hoje, construído e pensado nos marcos do capitalismo, com essa multiplicidade de clínicas.

Assim, no período entre o início da década de 1970 e 1980, a modalidade residência foi tanto reconhecida como o sistema pedagógico ideal para a formação médica como regulamentada como ensino de pós-graduação, inicialmente com características de especialização e um pouco mais tarde com o estatuto de cursos de especialização, realizada a partir de treinamento em serviço. Nesse contexto, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e as instituições de saúde regulamentadas como campo de realização das residências médicas.

A regulamentação da Residência Médica desse período equiparou o valor das bolsas para os programas de residência médica bem como definiu o regime das 60 horas semanais e a carga horária das atividades teórico-práticas entre 10% e 20% da carga horária total da residência. Mas essa equiparação do valor da bolsa e do regime de trabalho não se estendeu aos residentes não médicos da residência integrada de Murialdo.

Apenas a partir da exigência de reorientação da política de educação permanente no início dos anos 2000, durante os governos petistas, sobretudo no governo Lula, que as residências multiprofissionais ganharam destaque, colocando no centro do debate aspectos que, na nossa perspectiva, deveriam sustentar uma real política de formação pós-graduada, ou seja, uma política de residência efetiva, de modo a contribuir para consolidação do SUS.

Por que estou chamando de aspectos que deveriam sustentar uma *real* política de Residência? Na nossa avaliação, o que se tem hoje não é uma política em torno da Residência e, sim, elementos embrionários. É impossível garanti-la sem recursos, em especial, quando o que se tem atualmente é o total desfinanciamento das políticas sociais que estruturam essa modalidade de formação. Da mesma forma, não se pode pensar em uma política de Residência sem o conteúdo necessário de todas as áreas envolvidas nem o amadurecimento em torno dos limites e potenciais dos próprios programas de residência. O acúmulo acerca dos processos de avaliação que se tem hoje em torno dos programas é muito tímido e se apresentam, de modo geral, no cotidiano dos programas, muito mais em torno de avaliações dos residentes do que propriamente dos programas. Para mim, esses deveriam ser elementos essenciais na constituição de uma efetiva política de residência.

Nessa lógica contraditória, Silva e Castro (2020) sinalizam algumas iniciativas do Ministério da Saúde, especialmente do primeiro governo Lula, que foram fundamentais na formulação dessa embrionária política que se tem hoje. São elas: a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) da *NOB RH SUS*;

a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; sobretudo, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamentos da Gestão da Educação (DEGES), ambos dentro da estrutura do Ministério da Saúde.

Na dinâmica desse movimento foi sancionada a Lei nº 11.129/2005 que institui as residências em área profissional da saúde, leia-se as Residências Multiprofissionais. Essa mesma Lei que cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) cria também o Programa Nacional de Bolsas para Educação pelo Trabalho, na qual se incluem as bolsas para residente, preceptor e tutor. Aliás, esse é outro aspecto que revela a formação de uma política deficitária de residência, porque se trata de uma política constituída por um financiamento de bolsas para residentes, desconsiderando o financiamento da força de trabalho dispensada pelos demais sujeitos e da estrutura que envolve os programas de residência. A política atual parte do pressuposto que as instituições formadoras e executoras, ao criar um programa de residência, têm que disponibilizar toda a estrutura necessária para o seu desenvolvimento. A realidade mostra o contrário: nenhum programa é criado com toda estrutura necessária de recursos e equipamentos.

Então, cabe aqui uma questão fundamental para entendermos as contradições desse processo. Por que que a Lei que cria as Residências em Saúde é a mesma que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem) e que cria a Secretaria Nacional da Juventude? Uma tese de doutorado defendida em 2020, no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ por uma jovem pesquisadora chamada Manuelle Matias, a partir de entrevistas com sujeitos que durante os dois governos Lula foram protagonistas na construção da política de educação permanente em saúde busca responder essa pergunta.

No primeiro governo Lula, especialmente nos dois primeiros anos, houve um investimento para integrar a Residência Multiprofissional e a Residência Médica, proposta que encontrou um entrave importante na corporação médica que, ao longo desse processo, tentou interferir nos avanços das residências multiprofissionais em saúde. Matias (2020) mostra o esforço das entidades médicas para colocar um representante no governo, de modo a evitar tanto o avanço das residências em saúde como o protagonismo de outros sujeitos que não fossem os trabalhadores médicos. É nesse contexto que a lei das residências foi aprovada.

Outro elemento apontado por diferentes autores assim como por Matias (2020) é a importância dos fóruns coletivos. Como, em 2005, não existia a organização dos residentes, dos preceptores,

dos tutores e dos coordenadores existentes atualmente, coube à SGTES a organização de seminários nacionais de residência que tinham o papel de fazer a discussão sobre a política de educação permanente sobre as residências.

O primeiro seminário nacional com o objetivo de discutir as diretrizes da residência multiprofissional aconteceu em 2005. Como desdobramento, criaram-se os coletivos dos residentes, preceptores, tutores e coordenadores. Duas grandes instâncias, dois grandes sujeitos político e coletivos presentes nessa articulação foram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde (FENTAS) e o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) - fórum que foi desmobilizado, mas que congregava as associações de ensino. Durante esse seminário, o debate entre esses sujeitos foi, muitas vezes, tensionado.

O segundo seminário aconteceu em 2006 e fruto dele foi a criação de um grupo de trabalho entre representantes do Ministério da Saúde e do MEC para elaborar uma proposta de normatização que estabelecia as diretrizes para os programas multi e uniprofissionais, além da composição da CNRMS, aprovada como Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007. Essa Portaria indicava que a carga horária semanal dos residentes seria entre 40 a 60 horas e definiu a composição e as atribuições da Comissão Nacional, sendo entendida como uma grande conquista.

Silva e Castro (2020) analisam essa portaria a partir de dois grandes aspectos. Primeiro com uma perspectiva inovadora porque estipulou-se que 20% dessa carga horária fosse contada para as atividades teóricas. Por outro lado, era uma iniciativa que ia na direção da superação de um modelo de formação que se destinava a treinar profissionais, ou seja, era uma iniciativa que buscava superar a racionalidade burguesa e instrumental calcada numa formação reduzida a habilidades técnicas solicitadas pelo mercado de saúde.

Entretanto, o ano seguinte ficou marcado pela publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 que instituiu a carga horária semanal das 60 horas para as Residências multi e uniprofissionais. Concordamos com Silva e Castro (2020) quando dizem que essa medida significou um retrocesso importante em relação à política das residências em saúde, na medida que a portaria pactuada e construída coletiva e anteriormente colocava um cenário mais favorável para essa modalidade de formação. Mas, o que prevaleceu foi o argumento da necessidade da uniformização da carga horária e do valor entre as residências médicas, uni e multiprofissionais.

No ano de 2008, aconteceu ainda organizado pelo MEC e Ministério da Saúde o III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. Os fóruns coletivos deram continuidade as suas atividades, propondo discussões nacionais e coletivas, sobretudo participando desse seminário que teve a questão da carga horária das 60 horas como um dos principais pontos de embate.

As normatizações posteriores ratificam a carga horária das 60 horas semanais, aliadas a proporcionalidade entre atividades práticas de 80% e as atividades teóricas e teórico-práticas a 20%. Na nossa perspectiva, essa lógica tende a representar a precarização do trabalho, sobretudo, porque não são poucas as situações em que a carga horária dos residentes é superior ao funcionamento de muitos serviços de saúde. Os Programas de Residência que não se realizam nas estruturas hospitalares têm muita dificuldade para compor a carga horária dos residentes na semana padrão. Isso é um desafio concreto.

Para além disso, Silva e Castro (2020) apresentam dados de diferentes estudos que apontam para o caráter extenuante das atividades do residente que assume responsabilidades nas práticas profissionais assim como os demais trabalhadores, mas que somadas com a carga horária intensa e excessiva geram ainda mais estresse, desgastam a força de trabalho e afetam diretamente a saúde mental. Essa é uma realidade que se agrava ainda mais no contexto da pandemia. Ao se tornar uma pauta permanente, o grande desafio é como o debate em torno da carga horária das 60 horas e sua necessária redução é enfrentado de uma forma coletiva e não corporativa. Acho que esse é o grande desafio.

Nesse processo, entre 2009 e 2012, temos um conjunto de normatizações que regulamentam as residências, mas, na nossa avaliação, muito mais na perspectiva de regulação e de controle da força de trabalho do residente do que da estruturação de uma política de formação de trabalhadores para o SUS. Esse conjunto de normas abrange a carga horária e avaliação dos residentes; a transferência dos profissionais de saúde residentes entre programas; licenças, trancamentos e afastamentos; a organização e funcionamento da CNRMS e das COREMU's; as diretrizes gerais dos programas e suas datas de início; o preenchimento de vaga; e desistências.

Entretanto, o CFESS (2017) chama atenção para uma pauta que permanece em aberto até hoje e está relacionada à garantia dos direitos dos residentes, em especial os direitos previdenciários. No nosso ponto de vista, as atribuições da COREMU também merecem destaque nesse debate porque são colegiados que

podem ser traduzidos como espaços de disputas em torno da direção social do projeto político pedagógico, da concepção de saúde, de Residência e de mundo dos diferentes sujeitos e das diferentes profissões que compõem as Residências Multiprofissionais, na tentativa de assegurar uma análise mais crítica e de totalidade tão necessária ao trabalho e a formação de saúde e a partir da compreensão da organização da própria sociedade capitalista, das estruturas políticas sociais e econômicas e da sua inscrição nesse contexto de lutas de classes. Com isso, também pode ser traduzida como espaço potencial de ampliação dos direitos dos residentes, ultrapassando a perspectiva legalista muito presente nos discursos e nas práticas conservadoras, por vezes, comuns aos sujeitos que compõem esta instância. Então, invés de se ter um espaço para pensar sanções disciplinares dos residentes, podemos concebê-la como um espaço pedagógico, como uma instância que, do ponto de vista institucional, pensa e problematiza a construção da política da residência na instituição.

Penso também que a atuação das assistentes sociais nesses espaços, tanto na representação dos residentes como na representação de tutores, preceptores, docentes ou coordenadores requer a identificação da correlação de forças existente. Mesmo ao identificarmos que o espaço tem uma correlação de forças desfavorável, não dá para nos calarmos. Nosso papel é de *grilo falante*, precisamos disputar esse fórum e as decisões por ele tomadas. Exemplo disso é a compreensão que podemos ter sobre o papel da COREMU ao encaminhar uma denúncia recebida sobre o desempenho, comportamento, conduta de um residente de qualquer área. Em que pese a decisão a ser tomada, a nossa perspectiva deve ser de atuar no sentido de ampliar o direito do residente. É de assumir, por exemplo, a relatoria de um processo como esse para darmos o parecer nessa direção. Apesar do funcionamento da COREMU de outras instituições, as experiências que conheço em torno do recebimento e encaminhamento de denúncias apontam para a constituição de um processo que será analisado por dois relatores de áreas diversas eleitas dentro da COREMU e que apresentarão o parecer daquela situação. É com base nesse parecer que a COREMU vai tomar se posicionar. Então, por vezes, o Serviço Social se vê no papel de assumir a atividade de relatoria, no sentido muito mais de ampliar direitos do que evitar qualquer sanção. Penso que essa é uma concepção muito mais de aprendizado de processo pedagógico do que apenas de advertência, de punição e de fiscalização.

Matias (2020) diz que, até 2010, as mudanças ocorridas no cenário das Residências precisam ser interpretadas à luz da correlação de forças presentes no governo Lula. Para ela, essas mudanças

se devem a dois fatores. Em primeiro lugar, a reação da SGTES frente à pressão feita pelos fóruns de residentes, preceptores, tutores e coordenadores. Esses fóruns tinham um apoio importante de segmentos de pessoas que ocuparam o segundo escalão do Ministério da Saúde, sobretudo, no primeiro mandato de Lula, e passaram a se contrapor àqueles que assumiram esses cargos na transição para o segundo mandato do governo. Para além dos tensionamentos entre o MEC e o Ministério da Saúde, existiam divergências e disputas dentro do próprio Ministério da Saúde que impactavam a construção da política de residências. O segundo fator, já mencionado aqui, é a pressão cada vez maior da corporação médica na pauta das residências em saúde, onde seus representantes passaram a ocupar o comando da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas que, à época, era o setor responsável pela pauta das Residências em Saúde no Ministério da Saúde, na qual se vinculavam as Comissões Nacionais de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde.

É nesse contexto que se dá a expansão dos Programas de Residência a partir de 2010, tendo como cenários de prática unidades de saúde privatizadas por diferentes modelos de gestão da saúde alternativos ao modelo assistencial proposto pelo SUS, como as Organizações Sociais (OSs), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que representam a apropriação do fundo público pelo setor privado e modalidades de terceirização no setor saúde.

Silva e Castro (2020) consideram que o que unifica esses modelos é, sobretudo, a fragilização do vínculo do trabalhador, pois no lugar do vínculo estatutário o que se tem é a contratação celetista ou temporária; a ausência do controle social como preconizado pela Reforma Sanitária e pelo SUS; a flexibilização dos contratos de compra de insumos; a ausência de compromisso com uma saúde pública, integral e de qualidade.

As autoras apontam o salto de 22 programas financiados pelo Ministério da Saúde, em 2005, para 1800 programas, em 2018, caracteriza o movimento de espraiamento dos programas de residência sem o devido suporte de uma efetiva política de residência, com destaque para os HU's como os maiores cenários de prática de residência, cuja justificativa reside na criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF), em 2010, medida que forneceu as bases necessárias para, no ano seguinte, a aprovação e a criação da EBSEH como modelo de gestão para os Hospitais Universitários.

Outra questão que deve ser problematizada e que está contida na Resolução CNRNS nº 2/2010 é a "diferenciação entre instituições

formadoras e instituições executoras bem como a referência a Instituições de Ensino Superior [(IES)], necessariamente, como aquelas que deverão ofertar os programas e os serviços de saúde como instituições executoras" (CFESS, 2017), pois a resolução desconsiderou a existência de instituições que atuam na formação da força de trabalho em saúde sem se constituírem como IES, a exemplo da FIOCRUZ e do INCA, no Rio de Janeiro; do conjunto das escolas de saúde pública existentes no país que se vinculam às secretarias estaduais de saúde e têm uma importante e histórica trajetória na formação dos trabalhadores de saúde; e dos próprios serviços de saúde do SUS, em observância à Lei nº 8080/1990.

Tanto essa Resolução como a Resolução CNRMS nº 01/2015 - publicada em razão da revogação da primeira - também não avança na possibilidade da gestão democrática da COREMU quando não assegura a participação do controle social, ou seja, dos usuários dos serviços de saúde. Isso também se estende à CNRMS que também não conta com a participação do CNS, o que seria estratégico, ainda mais na conjuntura atual, em função da necessidade de retomada das atividades da Comissão Nacional paralisadas desde abril de 2019.

Essa perspectiva precisa ser incorporada aos processos avaliativos dos programas de residência na sua totalidade, ou seja, entendo que a participação dos usuários pode colaborar para que essa modalidade de formação atenda os interesses da população. Ainda que isso se apresente como um problema muito maior, na medida em que inexistem nas unidades de saúde que hoje são cenários de prática da residência espaços que se configurem como de participação dos usuários, como as experiências do Conselho Gestor de Unidade - desenvolvidas tanto no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro como em Duque de Caxias por meio de normatização municipal que o instituiu em todas as unidades do município.

Outro debate importante que foi endossado com a publicação da Resolução nº 02/2010 corresponde ao elenco de atividades dos tutores, preceptores e de residentes. A caracterização feita pela Resolução foi fundamental. Contudo, nossa tendência é concordar com Silva e Castro (2020), Closs (2013) e Castro (2013) quando dizem que a participação desses sujeitos em frentes de trabalho que envolvem o processo de gestão dos programas é, em geral, apresentada como demanda institucional, mas sem a contrapartida da educação permanente, diferentemente do que esse Curso se propõe a fazer, ainda que como uma *iniciativa pontual* por não se constituir como uma das ações da política institucional. Queremos dizer com isso que se é

uma experiência institucional, na nossa avaliação - não que as unidades acadêmicas e de saúde não possam promover - deveria ser uma iniciativa da COREMU ou, ao menos, a ela articulada. Essa ausência da contrapartida da qualificação pode gerar muitos entraves na concepção e na compreensão da proposta da residência.

Uma outra questão que eu gostaria de tratar tem relação com o papel do tutor e do preceptor. Se o papel do tutor é central em função da orientação acadêmica que deve problematizar o trabalho em saúde realizado e a assistência prestada ao usuário, o papel do preceptor não é e nem deve ser menor porque ele possui uma dimensão político-pedagógica que se expressa no limite da materialização do SUS e na busca pelo direito à saúde, movimento que se expressa no cotidiano dos serviços, das residências e das lutas sociais. Ou seja, esse cotidiano precisa ser pensado e, constantemente, avaliado e planejado. Nesse processo, ganha centralidade a supervisão a ser exercida por tutores e preceptores, com vistas a assegurar que a formação se realize a partir da articulação teórico-prática, da direção ético-política do Serviço Social e dos pressupostos do projeto da Reforma Sanitária construído entre os anos 1970 e 1980.

Enfim, não posso encerrar essa intervenção sem mencionar uma das pautas mais importantes atualmente para o conjunto dos coletivos que é a retomada do funcionamento da CNRMS, cujas atividades foram paralisadas em 2019, sob o argumento da falta de financiamento, quando sabemos que se trata do desprezo do governo Bolsonaro pelas decisões coletivas e pela democracia, explicitado com a publicação dos Decretos Presidenciais nº 9.759 e nº 9.812, ambos datados de 2019, que estabeleceram a supressão de todas as instâncias colegiadas que contam com a participação da população nas decisões sobre as políticas públicas. A defesa da retomada da CNRMS, por outro lado, encontra amparo legal na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 6.121/2019 que suspende parcialmente ambos os decretos, ou melhor, suspende temporariamente a extinção de colegiados criados por atos legais que não fizeram referência a sua competência ou composição.

Com esse resgate em torno das Residências e com base nas produções que consideramos essenciais para a discussão, finalizo apontando a contradição presente nessa modalidade de formação. Ao mesmo tempo que as Residências se apresentam como conquista, suas possibilidades como formação para o trabalho de saúde são esvaziadas quando o residente, uma vez inserido em serviços já tão precarizados, não é levado a identificar e confrontar essa realidade, reproduzindo acriticamente a lógica institucional.

Algumas experiências de Residência conseguem superar a perspectiva fragmentada, biologicista e hospitalocêntrica existente já o surgimento da residência médica, com a efetiva integração das diferentes áreas profissionais de saúde, cuja construção não se dá apenas pelos residentes, ultrapassando, assim, uma das tendências do processo de espraiamento dos Programas de Residência que é a responsabilização do residente pela realização do trabalho multiprofissional quando se trata de uma responsabilidade coletiva que requer também a articulação das distintas unidades acadêmicas e serviços.

Considero a experiência que está sendo construída na UFRJ fundamental, no sentido do estreitamento dos laços entre a Escola de Serviço Social e o Serviço Social das unidades do Complexo de Saúde da Universidade, só que essa é uma articulação de uma área profissional. Penso que vocês estão no caminho correto porque esse é o primeiro passo. Caso contrário, não será possível conversar com ninguém. Mas, a médio prazo, a Escola de Serviço Social precisa fazer essa discussão com outras unidades de formação acadêmica, estreitar esses laços, construir outros fóruns, assim como o Serviço Social precisa construir essa relação com os demais serviços que constituem as residências multiprofissionais. A longo prazo, a Escola precisa construir essa relação com os serviços e estes com as demais unidades de formação acadêmica, para além da Escola de Serviço Social. Só dessa forma será possível atuarmos em programas, de fato, sólidos na sua concepção ou, ao menos, na disputa de projetos em torno das residências.

Por fim, quero, mais uma vez, concordar com Silva e Castro (2020) quando sinalizam o descompasso existente entre as análises críticas e as propostas inscritas no âmbito da educação permanente em saúde que expressam tanto as disputas em torno do trabalho no SUS, mas também as disputas em torno do fundo público. A proposta das residências como formação dos trabalhadores do SUS é fundamental, mas apenas ela não provocará nenhuma mudança significativa nos rumos da formação do trabalho e da política de saúde. Por isso, é necessário identificarmos e evidenciarmos as contradições e os limites dessa formação e do trabalho por meio do qual ela se constitui, sobretudo frente às contrarreformas, à privatização da saúde, ao desfinanciamento das políticas sociais imposto pela EC nº 95/2016 e aos ataques aos direitos e à vida promovidos pela política neofascista do atual governo.

#### REFERÊNCIAS

ABEPSS; FSS. UFJF. GEPEFSS. **Relatório da Pesquisa Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social**. Juiz de Fora (MG), dez. / 2018. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/>

- relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf . Acesso em: 12 abr. 2019.
- CASTRO, M. M. C. O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Temporalis**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 13, p. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/5309> . Acesso em: 09 abr. 2020.
- CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social**: subsídios para reflexão. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais (6). Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde**: formação para a integralidade? Curitiba: Editora Appris, 2013.
- COSTA, V. A. **A formação profissional dos assistentes sociais na saúde e sua articulação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social**: um debate necessário. 2016. 203 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ppgservicosocial//files/2016/08/vivian.pdf> . Acesso em: 08 abr. 2021.
- MATIAS, Manuelle Maria Marques. **Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil**: uma análise de bastidor. 2020. 466 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- SILVA, Leticia Batista da; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. **Serviço Social e Residência em Saúde**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Papel Social, 2020.

### CAPÍTULO 3

## A relação do Serviço Social com as Residências Multiprofissionais em Saúde

Marina Monteiro de Castro e Castro<sup>12</sup>

A realidade de saúde do país, no contexto da pandemia, demonstra a importância de se pensar na qualificação dos profissionais, especialmente, de preceptores e preceptoras – que orientam a atuação dos residentes nos serviços de saúde. Nesse sentido, é essencial a incorporação pela Universidade da tarefa de qualificação destes profissionais, em um contexto repleto de desafios e que pode impor mudanças estruturais no trabalho na área de saúde.

A pandemia vai escancarar as contradições que envolvem as Residências e vai trazer novos e velhos dilemas para as Residências. Nesse momento, uma das principais tarefas é identificar as dificuldades históricas na consolidação dos programas e os novos processos trazidos por esse contexto (CASTRO, 2021).

A formação para o trabalho para área de saúde, nesse contexto da pandemia, é um desafio que nos acompanhará por um tempo, uma vez que já vemos os impactos da própria pandemia no processo de saúde-doença da população, como também no aguçamento das desigualdades postas na sociedade brasileira.

Essa conjuntura requer, ainda mais, a seriedade e o compromisso com o qual do Serviço Social vem construindo o debate das Residências, não só em interlocução com o nosso projeto profissional, mas também com os princípios defendidos pelo projeto de Reforma Sanitária. Dessa forma, é de suma relevância o curso para preceptores e preceptoras ofertado pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A Residência é uma pós graduação *lato sensu*, que envolve intrinsecamente a relação formação e trabalho. Possui uma organização teórica e prática que engloba eixos que são específicos do Serviço Social, com conteúdos e componentes profissionais específicos; mas também conteúdos transversais às profissões da área da saúde. Uma tarefa para os sujeitos envolvidos nas Residências é construir o processo de acompanhamento

---

12 Assistente Social. Doutora em Serviço Social/UFRJ. Professora da Faculdade de Serviço Social/UFJF. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFJF. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). E-mail: marinamcastro@gmail.com

de profissionais, com uma supervisão dialogada e contínua, que problematize as contradições da realidade e do trabalho profissional.

Este artigo, fruto da aula ministrada no curso, apresenta o processo histórico e político do debate da relação dos programas com o Serviço Social; os dados da pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) sobre a inserção do Serviço Social nos Programas, e traz reflexões sobre o lugar do Serviço Social nas Residências. Apresenta ainda um balanço das produções da área e o acúmulo do debate construído pela categoria profissional.

A reflexão apresentada é fruto também da minha experiência nas entidades da categoria, tanto no conjunto CFESS/CRESS, como na ABEPSS; enquanto tutora do Serviço Social nos Programas de Residência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) desde 2011 e, atualmente, de Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto da mesma Instituição. Este Programa envolve oito áreas da saúde e, nesse contexto da pandemia, tem sido um desafio e um aprendizado, coordenar um programa que engloba diferentes demandas das áreas para enfrentamento da pandemia, e que tem me possibilitado vivenciar no âmbito da gestão, a construção de estratégias pedagógicas para as Residências.

Destaco que na Faculdade de Serviço Social da UFJF, temos um grupo de professoras que desde os anos 1990 vem defendendo as Residências como forma de qualificação dos profissionais de Serviço Social para o trabalho em saúde. E é também um curso que assume uma luta histórica de ter o lugar das residências reconhecido dentro da Universidade. Dessa forma, apesar deste texto ser de minha de inteira responsabilidade, as reflexões aqui trazidas foram (e são) cotidianamente construídas a muitas mãos.

### **O processo histórico-político das Residências e sua relação com o Serviço Social**

O debate das Residências ganha intensidade a partir dos anos 2000, mas tem-se registro de inserção do Serviço Social em Programa de Residência desde os anos 1970, em Porto Alegre. O livro da Thaisa Closs (2013) *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde-formação para a integralidade?* é o primeiro livro da área sobre as Residências. Este traz o registro histórico da inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional da Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre, no ano de 1976.

Nesse mesmo ano, data a criação da Residência Uniprofissional do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de

Janeiro (UERJ). Posteriormente, nos anos 1990, tem-se a implementação da residência Uniprofissional do HU/UFJF.

Apesar dessas experiências, o debate para a formação em saúde no âmbito das residências tem o seu fortalecimento nos últimos 10 anos. E, para o Serviço Social, avança impulsionada pelo reconhecimento da profissão enquanto parte da área da saúde e da importância da sua inserção em equipes multiprofissionais.

Quando retomamos a relação do Serviço Social com a saúde tendo como referência o livro *Saúde e Serviço Social no capitalismo – fundamentos sócio-históricos* (BRAVO, 2013), observa-se que esta é histórica e remete ao final do século XIX e início do século XX, como expressão institucional determinada pela lógica do capital. Como nos aponta Bravo, “a área da saúde foi um dos setores significativos para a atuação do Serviço Social, sendo um espaço privilegiado de absorção profissional, situação evidenciada pela história da profissão na Inglaterra, Estados Unidos e América latina, incluindo o Brasil” (BRAVO, 2013, p.25).

No Brasil, a área da saúde se constituirá enquanto um espaço sócio ocupacional de relevância para a profissão, que alcançará outro patamar de inserção no trabalho em saúde a partir dos anos 1990, com o processo da Reforma Sanitária, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação do conceito ampliado de saúde. Os princípios da integralidade e da interdisciplinaridade vão impulsionar a crítica do modelo biomédico, e da concentração das equipes no trabalho de saúde no médico.

Avança-se no entendimento de que a saúde não é só ausência de doenças e de que, para um atendimento integral a população, é necessário a articulação com outras profissões da saúde, uma vez que a saúde envolve um conjunto de determinantes que passam pelas condições de vida e de trabalho da população. Ou seja, nenhuma profissão sozinha pode dar conta de efetivar o conceito ampliado de saúde e, por isso, é necessário avançar na qualificação da formação para a saúde a partir desse novo arcabouço (CASTRO, 2013a).

Com a constituição do SUS, a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se expande. No debate da profissão, tem-se o alinhamento da interlocução entre o Projeto Ético Político e o Projeto da Reforma Sanitária que se dão pela defesa: de um mesmo projeto societário e de saúde, dos princípios e diretrizes do SUS, da relação da saúde com a democracia e da universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde. Temos como referência desse debate, o texto de Bravo e Matos (2006).

Dessa forma, é nesse processo de construção do projeto de reforma sanitária, isto é, de construção de um novo fundamento

para política de saúde e de seu arranjo organizacional, que se coloca a seguinte questão: como realizar a qualificação dos trabalhadores com os princípios desse projeto e ancorado na nova concepção de saúde?

É a partir desse debate que se iniciam um conjunto de estratégias para qualificar os trabalhadores para o trabalho no âmbito do SUS e avançar na interlocução entre as diversas profissões da área da saúde. Após a reforma sanitária e a constituição do SUS, o Serviço Social passa a ser reconhecido, em termos nacionais, como uma profissão da área da saúde e, a partir disso, evidencia-se a necessidade dos assistentes sociais estarem qualificados para o trabalho em saúde.

Em 1998, a Resolução nº 287 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece as treze categorias profissionais da saúde de nível superior, e o Serviço Social está contemplado nessa Resolução. Em 1999, temos uma nova resolução (nº218) que vai inserir a educação física, passando a serem 14 profissões consideradas como categoria de saúde de nível superior. O conjunto CFESS/CRESS acompanhando essas alterações, publica em 1999, a resolução nº383 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

A partir dos anos 2000, com o início do governo Lula, e a inserção de quadros do movimento de reforma sanitária no Ministério da Saúde, tem-se a criação de secretarias que estarão atentas a relação entre a educação e trabalho. Decorrente desse processo, ao final dos anos 2000, o Ministério da Saúde lança editais com vistas à transformação da relação formação e trabalho, com políticas indutoras efetivadas em três programas: o Pró Saúde; o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde- PET Saúde; e os programas de residências multiprofissionais (CASTRO, 2013).

Para as Residências, tem-se o lançamento de diversos editais e também o avanço do seu arcabouço legal: em 2005, é criada a lei nº 11.129 que institui os programas; em 2009, tem-se a Lei nº 1077/09, que traz a questão da criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais (CNRMS) e também do Programa Nacional de Bolsas. A constituição do aparato jurídico e a efetivação de políticas indutoras, desencadeia um *start* na explosão de programas de residência, nos quais o Serviço Social encontra-se inserido pelo Brasil todo (CASTRO *et al*, 2020).

Outro elemento que adensa nossa inserção neste processo é o REHUF - que é o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. O REHUF vai ser instituído em 2010 e uma de suas estratégias é a implantação de residências multiprofissionais dentro das áreas estratégicas dos hospitais universitários. Assim,

há também um incentivo do Ministério da Saúde para que os hospitais construam programas de residências multiprofissionais. Ressaltamos que os HU's são espaços históricos de inserção dos assistentes sociais, e o REHUF vai potencializar a incorporação de assistentes sociais residentes <sup>13</sup>.

Esse processo dispara, conforme Silva (2018), um aumento de 700% nas bolsas de Residência entre os anos de 2010 e 2014. Tem-se ainda Programas com financiamentos próprios em municípios, instituições privadas e até mesmo públicas<sup>14</sup>. Esse contingente só avançou nos últimos tempos, chegando em 2020 com 975 programas ativos com o total de 8.605 Residências<sup>15</sup>. Assim, as Residências passam a se tornar uma pauta permanente na nossa profissão, envolvendo, além dos residentes, preceptores, tutores e docentes assistentes sociais na construção desta pauta.

### **A expansão dos Programas de Residência: precarização do trabalho ou formação para o SUS?**

A ampliação dos Programas de Residência é impactada pela conjuntura de contrarreformas das políticas de saúde e de educação desenvolvidas desde os anos 1990 – o que traz inúmeros desafios à conformação da residência enquanto proposta de qualificação de trabalhadores a partir dos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, como avançar nessa proposição, com o ataque sistemático ao SUS, com o seu subfinanciamento e precarização? Como avançar, com os residentes sendo incorporados aos serviços como estratégia de adensamento dos recursos humanos, devido a não contratações ou não realização de concursos públicos? Essa realidade traz um conjunto de questionamentos quanto à efetividade ou não da Residência; e quanto ao lugar do residente na construção do trabalho na área da saúde.

Nessa perspectiva, reforça-se a ideia de que é imperativo romper com uma visão romântica da residência. A Residência, muitas vezes, aparece como a “salvadora” de todos os problemas do trabalho em saúde, do trabalho multiprofissional e da interlocução entre as áreas. É preciso ter clareza de que as Residências ocorrem na realidade, e essa realidade é repleta de contradições

---

13 Veremos nos dados da pesquisa da ABEPSS sobre as Residências, que os HU's ainda se mantêm como a principal instituição que oferta os programas de residência.

14 Na UFJF, por exemplo, o Programa de Residência de Gestão Hospitalar é financiado pela Universidade. As áreas de economia e a administração não são reconhecidas como categorias da saúde e, por isso, não são lançados editais que envolvam essas áreas. No entanto, entendendo a importância da contribuição da área, internamente, a Universidade propôs o Programa.

15 Dados levantados por Letícia Batista Silva.

e permeada pelos rebatimentos das inúmeras contrarreformas nas políticas de saúde e educação. Portanto, as pautas da Residência não podem ser descoladas das pautas mais gerais vinculadas a um projeto para área da saúde.

A defesa para as residências não é nada diferente do que a profissão já indica para a política e trabalho em saúde: a necessária interlocução de um projeto de formação e trabalho profissional articulado aos valores expressos no nosso projeto ético político profissional; a defesa dos valores expressos nos princípios e diretrizes do SUS e no projeto de reforma sanitária; a busca por formar profissionais capacitados para trabalhar com as determinações do processo saúde doença, elementos já expressos nos Parâmetros de atuação do assistente social na política de Saúde (CFESS, 2010); e o desenvolvimento do trabalho profissional de forma comprometida com a população, conectado com a realidade, com os fundamentos da formação sócio histórica do nosso país e com o conjunto de desigualdades de raça e de gênero que conformam a nossa sociedade.

Nesse cenário de debates, uma questão que aparece é se é necessário construir outro arcabouço teórico-prático para a residência. Indica-se, como posto acima, que os fundamentos que subsidiam a formação e o trabalho profissional do Serviço Social dão conta dos elementos necessários ao processo formativo nas residências. No entanto, é necessário avançar nas reflexões sobre as particularidades das Residências. Aspectos importantes da interlocução entre saúde, Serviço Social e Residências, podem ser vistos em Silva e Castro (2020).

Por isso, é essencial que docentes, preceptores, tutores e residentes produzam sobre as Residências. Mas também é importantíssima a qualificação permanente de preceptores e tutores, uma vez que a formação para as Residências precisa ser permanentemente atualizada, pois ocorre cotidiano dos serviços de saúde. Assim, esses sujeitos precisam estar atualizados sobre os debates da profissão, as polêmicas, as tensões que envolvem a atuação na área.

O Serviço Social vem avançando na construção dessa discussão. Por meio das entidades da categoria tem realizado, nacionalmente, interlocução com outras categorias profissionais, contribuindo com debate da política de saúde e da crítica à contrarreforma da política da saúde, e denunciando as formas de precarização da residência - sendo essa uma contribuição de destaque da profissão.

## A contribuição das entidades do Serviço Social no debate das Residências

Como dito, a área da saúde é historicamente uma das principais áreas de inserção dos assistentes sociais e, por isso, é pauta permanente para ABEPSS e CFESS – que vêm ao longo dos anos formulando pesquisas, documentos e garantindo o debate nos principais congressos da categoria: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS e Congresso Brasileiro de Assistentes sociais - CBAS. E nesse contexto da pandemia, as entidades tem se manifestado permanentemente sobre a crise sanitária.

Em termos nacionais, as entidades possuem representações no Conselho Nacional de Saúde e se inserem em diversas comissões. Politicamente, constroem essa participação junto ao o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS). A ABEPSS compõe a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho no SUS (CIRHRT) – lugar de destaque para o debate das Residências; e as entidades realizam ainda indicações para as câmaras técnicas das Residências.

No debate da saúde, uma das principais contribuições da ABEPSS foi a realização, em 2006, da pesquisa *Avaliação e Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social*, que teve um dos eixos a temática da saúde. Um dos desdobramentos da interlocução da entidade no desenvolvimento dessa pesquisa é o livro *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional* (MOTA et al, 2006). Outro importante documento já citado são os Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na política de saúde, publicado pelo conjunto CFESS/CRESS, em 2010.

No âmbito das Residências, apesar da temática já compor o debate de eventos da categoria<sup>16</sup>, foi em 2016 que ocorreu o I Seminário Nacional de Residência em Saúde e Serviço Social, em Olinda/PE. Em 2017, o CFESS publicou a brochura *Residência em Saúde e Serviço Social: Subsídios para a Reflexão*. O documento traz um importante registro histórico da construção da legislação e da disputa de projetos para saúde e para as residências; além do registro do I Seminário. Apresenta também uma perspectiva para as Residências pautada na defesa de uma política de saúde pública, universal e estatal e a primazia para uma formação qualificada de profissionais para a saúde.

No entanto, é também em 2016 que se tem um impacto político severo na construção das Residências, a partir do golpe que

---

16 Uma importante referência é o Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde ocorrido em 2009 (CFESS, 2017).

culminou no impeachment da Presidente Dilma. A partir desse momento, as entidades passaram a enfrentar duros debates em torno da concepção de residência e da multiprofissionalidade.

A entrada do Governo Temer, impactou nas reuniões da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que tem a tarefa de regulamentar e acompanhar as Residências. As reuniões foram escassas e paralisaram em outubro de 2016; assim como as atividades das Câmaras técnicas das Residências – que avaliam a abertura dos programas e suas propostas pedagógicas.

As entidades da categoria através das suas representações do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup> contribuíram no tensionamento junto ao governo para retomada da pauta das Residências. Em 2017, o CNS lança a recomendação 025, indicando à Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (SESU/MEC) a necessidade de convocação imediata de reunião da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. No entanto, as reuniões ocorreram de forma muito pontual, como será visto a frente.

Em 2018, o Ministério da Saúde realiza duas movimentações em relação às Residências. Em maio deste ano, o Ministério da Saúde convocou o I Seminário Internacional de Residências em Saúde (SIREs)<sup>18</sup>. A programação do seminário teve centralidade nas residências médicas e as falas dos representantes do governo foram conduzidas por um discurso privatizante e de questionamento ao SUS. O Seminário não apresentou nenhum avanço para o debate das Residências, mas foi importante em termo de mobilização e resistência às propostas do Ministério<sup>19</sup>.

Dessa forma, o grupo presente que compõem o Fórum de Residências e a Frente Nacional contra a privatização da saúde, juntamente com as representações progressistas de conselhos de classe e associações científicas (como CFESS e ABEPSS), se articularam durante o evento para intervenção nas mesas e realização de propostas. Esta articulação foi extremamente positiva, tendo em vista que impactou na decisão de que o encontro não seria deliberativo, pois não tinha representatividade

---

17 Na gestão da ABEPSS 2017/2018, estive como representante da entidade na CIRHRT/CNS.

18 Participaram deste evento representantes da ABEPSS e do CFESS. O único registro online do seminário foi identificado em: <https://mercosur.observatoriorh.org/pt-br/10-seminario-internacional-de-residencias-em-saude-sires>

19 Importante ressaltar que, apesar de ter o nome de I Seminário, outros seminários já haviam sido realizados pelo Ministério. Destacam-se os Seminários Nacionais realizados com financiamento dos órgãos gestores e que geraram discussões acerca da formação e da política pública de saúde. O I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde ocorreu em 2005. Esse registro pode ser visto em CFESS (2017).

dos Programas de Residência; e no relatório final do Seminário foram garantidos os elementos constantes na Carta de Olinda <sup>20</sup>.

O segundo movimento foi referente às Câmaras Técnicas. Como dito, no período 2017/2018, as Câmaras Técnicas não estiveram em funcionamento, sendo este um dos grandes embates do CNS, CIRHRT e FENTAS. No mês de agosto de 2018, o MEC convocou as Câmaras Técnicas para reunião em Brasília, porém sem financiamento para as entidades participarem<sup>21</sup>. Porém, CFESS e ABEPSS garantiram a participação de seus representantes, com o objetivo de marcar posição no debate das Residências.

A avaliação das entidades foi de que esta tentativa de rearticulação também foi limitada e conduzida de uma forma que não propiciou a efetivação da retomada dos trabalhos, além de um esvaziamento do debate político e de diretrizes claras para as Residências.

No artigo *Residências, disputa de projetos formativos e Serviço Social* a ser publicado na *Serviço Social em Revista* (CASTRO; DORNELAS, 2021), é realizada uma análise das atas da CNRMS de 2017 a 2019 - disponíveis no site da CNRMS. É possível identificar a realização de reuniões pontuais, porém com pautas densas, como: solicitação de apuração de denúncias em relação à irregularidade dos programas; condições de trabalho; ocorrências de assédio moral, não cumprimento de carga horária teórica-prático; falta de emissão de certificado de conclusão de residência; além de denúncias de residentes substituindo a força de trabalho nas instituições. Nas atas analisadas, o Serviço Social aparece duas vezes em casos de denúncias de funcionamento de programas com falta de tutores e preceptores e com residentes e também a solicitação de um programa ter carga horária teórica totalmente à distância.

O fato é que, desde 2016, tem-se um esvaziamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, que impacta no acompanhamento e avaliação dos Programas de Residência. O que tem contribuído, paralelamente, para que a pauta e as pressões junto aos governos se mantenham, é a articulação realizada pelo Fórum de tutores, preceptores, residentes e coordenadores - que vem garantindo a construção anual dos Encontros Nacionais de Residência em Saúde. E as entidades do Serviço Social vêm fazendo parte desta construção.

---

20 Esta Carta é fruto do Encontro Nacional de Residências em Saúde, espaço de articulação dos Fóruns Nacionais de Coordenadores de Residências; tutores e preceptores e residentes.

21 Essas atividades historicamente foram financiadas pelo Ministério por fazerem parte das atividades de interesse público no campo da saúde e decorrente da organização nacional para desenvolvimento das Residências em Saúde.

Em termos nacionais, as pautas em torno das Residências hoje são: a retomada da comissão nacional de residência; a necessidade da avaliação dos programas; a elaboração de uma política nacional para as residências, realização de Seminários Nacionais de Residência em articulação com Ministério da Saúde e Educação.

O Governo Bolsonaro trouxe ainda mais desafios a esse processo. A CNRMS foi totalmente paralisada, assim como todo debate em relação às residências multiprofissionais. De uma forma geral, o atual governo, através de seu projeto ultraneoliberal e privatista, tem conduzido a política de saúde de uma forma desumana, anticientífica e negacionista, que impacta na perda de mais de 530.000 vidas pelo coronavírus no país, em julho de 2021.

Logo no início da pandemia, o conselho nacional de saúde emitiu a recomendação nº18, dispendo sobre a observância do parecer técnico nº106 do CNS. Este orienta a atuação dos residentes e, dentre outras questões, sinaliza a necessidade de tutoria e preceptoria no campo de prática, sendo essa uma condição indispensável a manutenção dos programas. A ABEPSS e o CFESS também se posicionaram sobre a necessidade das condições de trabalho, da tutoria e preceptoria, e de equipamentos de proteção individual (EPI) para os residentes (CASTRO, 2021).

As Residências acompanham todo o processo de reestruturação e reorganização que os serviços de saúde vêm sofrendo na pandemia: modificação das rotinas profissionais, readequação do espaço físico, redução do fluxo de profissionais, formulação de novos protocolos de assistência, novas formas de atendimento à população, utilização de EPI (CASTRO, 2021). Na nota emitida pela ABEPSS (2021) é sinalizado claramente que o aspecto formativo da Residência não pode se perder mesmo em um contexto atípico como o de uma pandemia. Essa é a defesa que é necessária realizar neste contexto.

O que se tem visto é que a pandemia trouxe forte impacto com restrições e suspensão de cenários de prática, sendo necessário adequar o processo formativo. Dois pontos que merecem atenção se referem: ao recuo no desenvolvimento das ações interprofissionais, as dificuldades de comunicação entre equipes e a utilização de recursos no âmbito das tecnologias de informação. Outro ponto é o recuo nas ações coletivas de educação em saúde, especialmente do trabalho com grupos. Essas são dificuldades que a pandemia desencadeou e que é preciso estar atento para não retroceder ao modelo biomédico e na possibilidade de efetivação do conceito ampliado de saúde.

O CFESS também vem trazendo posicionamentos em relação às mudanças ocasionadas pela pandemia (e que vão impactar

nas residências): aumento de demandas equivocadas para os assistentes sociais, como comunicação de óbito, gerenciamento pertences de usuários, contato de familiares para comunicação de quadro clínico e alta hospitalar. Esse quadro nos mostra a importância dos preceptores no direcionamento da formação dos residentes, no planejamento das atividades, na supervisão e da problematização dessa realidade junto a esses profissionais em formação.

Castro (2021) sinaliza dois elementos novos para as Residências neste contexto: o ensino remoto e o trabalho remoto. Para a Residência, o processo de interlocução teoria e prática se faz nos momentos de encontros presenciais, de trocas compartilhadas e de vivências construídas coletivamente. Desta forma, a incorporação das estratégias remotas tem impactos significativos no processo formativo, dentre eles, o das Residências. Produções importantes sobre o impacto das alterações no trabalho e formação podem ser vistas em: ABEPSS (2021); Farage (2021); Raicheles e Arregui (2021); Soares, Correia e Santos (2021).

Dessa forma, qual é o acúmulo sobre as Residências que o Serviço Social construiu até aqui? O debate da Residência envolve a contrarreforma do Estado para saúde e para educação; que a expansão dos programas veio acompanhada de formatos diferenciados de programas; que há impactos claros do subfinanciamento, da precarização e de mercantilização da saúde e da educação na construção dos programas de residência; e a necessária defesa dos princípios e diretrizes do SUS. É preciso avançar na concepção de residência enquanto um processo de educação permanente; é necessário garantir a efetivação da preceptoria e tutoria; e que os residentes se insiram nos serviços de saúde para um processo formativo de qualidade; e que na interlocução com o Serviço Social, construir um processo formativo que articule formação e trabalho, pautado no projeto ético político profissional.

### **O mapeamento da ABEPSS sobre as Residências e o Serviço Social**

Em 2012, a ABEPSS realizou um mapeamento sobre a inserção dos assistentes sociais nos programas de residência e, naquele momento, levantada a realidade das regiões sudeste, nordeste, centro-oeste, norte e sul (CASTRO, 2013b). Posteriormente, na gestão 2017/2018, a partir dos elementos acumulados foi realizada nova pesquisa em todas as regiões do país (ABEPSS, 2018; CASTRO *et al.*, 2020).

Como apontado, em 2017, a nova gestão da ABEPSS iniciou com um cenário para as Residências de desestruturação e

esvaziamento do direcionamento dos órgãos do governo federal. Este cenário colocou como imperativo buscar dados sobre o Serviço Social nas residências, para subsidiar os debates e posições da entidade. Dessa forma, devido à ausência de disponibilização dos dados nacionais, a estratégia foi retomar a pesquisa de 2012 e construir um mapeamento nacional.

Esta pesquisa foi coordenada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social da UFJF (GEPEFSS/UFJF)<sup>22</sup>. Para levantamento das informações, foram identificados os editais de 2018 com vagas para o Serviço Social, disponíveis *online*; construído formulário *online* com tutores e preceptores (com 115 respondentes); realizado mapeamento da produção do Serviço Social nas Residências. Os resultados da pesquisa foram socializados em mesa no ENPESS, em 2018; e o relatório encontra-se disponível no site da ABEPSS (ABEPSS, 2018).

Os resultados para as Residências em 2018 indicaram 496 vagas disponíveis para o Serviço Social naquele momento. O nordeste é a principal região com maior número de vagas disponíveis, mas o sudeste é o que possui maior número de instituições proponentes de Programas. De uma forma geral, nordeste, sudeste e sul são as regiões que possuem maior número de programas e de vagas para o Serviço Social<sup>23</sup>.

Em relação à área de concentração, a área saúde mental se destaca, acompanhando o avanço da própria política de saúde mental. Posteriormente, tem-se mais expressão a atenção básica e saúde coletiva; seguidas por saúde do idoso, saúde da criança, urgência e emergência, neonatologia e saúde materno infantil.

Em relação as áreas que compõem os programas multiprofissionais junto com o Serviço Social, as que aparecem em maior número de Programas são enfermagem e a psicologia - que são áreas que historicamente o Serviço Social dialoga na saúde. Porém, identificou-se também outro conjunto de áreas: fisioterapia, nutrição, farmácia, odontologia, e até mesmo física médica e veterinária.

No levantamento, foi mapeado que os hospitais universitários se constituem como as principais instituições proponentes dos Programas com inserção do Serviço Social. Se, por um lado, temos a importante tarefa dos hospitais universitários assumirem a qualificação dos trabalhadores, por outro, temos as

---

22 Informações disponíveis em: <https://www2.ufjf.br/ppgservicosocial/curso/grupos-de-pesquisa/>

23 Essas informações contribuíram para o trabalho das regionais da entidade e construção de fóruns com a presença dos programas de residência mapeados.

tensões trazidas pela gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH. Tem-se também envolvidas na oferta de Programas, instituições privadas, instituições filantrópicas, secretarias municipais e estaduais de saúde.

Esses registros explicitam que é necessário analisar as Residências e a organização dos Programas por meio das Instituições e seu modelo de gestão, que trazem inúmeras questões: nos hospitais universitários, o que a entrada da EBSEH modifica a forma de gerir os Hospitais Universitários e as Residências? Nas instituições privadas que tem meta e produtividade, como o residente se insere nesse processo? Qual é o reconhecimento institucional das Residências? Qual reconhecimento nos planos de cargos e salários? Qual a condição de trabalho para desenvolvimento de preceptoria e tutoria? Ou seja, é preciso analisar as Residências tendo em vista a natureza institucional das proponentes dos Programas, a conjuntura da política de saúde e os tensionamentos no campo de trabalho para o Serviço Social (CASTRO et al, 2019).

No levantamento realizado junto aos tutores e preceptores, foi identificado questões referentes ao histórico dos programas; o projeto pedagógico; a relação tutoria, preceptoria e residente; ao trabalho multiprofissional e interprofissional; e os desafios do Serviço Social nas residências (ABEPSS, 2018). Uma grande pauta do debate, especialmente, para tutores e preceptores é o reconhecimento da carga horária de preceptoria e tutoria pelas Instituições. Temos uma grande parcela de profissionais que não possuem essa carga horária institucionalmente reconhecida.

Uma pergunta realizada aos respondentes era se o programa de Residência contribuía para a formação dos residentes. 99,1% responderam que sim. Com essa resposta podemos ver que, apesar das dificuldades, temos potencialidades, como desenvolvimento de competências no trabalho multiprofissional; a capacitação técnica; o diálogo entre as profissões; o fortalecimento da política de saúde; a defesa de direitos sociais; e o incentivo à participação popular.

Em relação a elementos que dificultam o desenvolvimento dos programas, foi visto: as condições de trabalho; as visões distorcidas sobre o trabalho dos residentes; a carga horária de 60 horas para os residentes; a privatização da saúde; a falta de reconhecimento da preceptoria; os contratos precarizados; e a falta de reconhecimento da tutoria.

Em relação à produção teórica, identificamos dezessete (17) artigos da área com as temáticas: formação e trabalho profissional; formação do assistente social em residência; supervisão

do estágio e Serviço Social; humanização e residência. No geral, artigos sobre temáticas que perpassam o cotidiano da atuação. No CBAS e no ENPESS entre 2010 e 2016, foram encontrados 49 trabalhos em todos os anais pesquisados, sendo 37 em ENPESS (sendo sete trabalhos na edição do ENPESS 2010, treze no ENPESS 2012, sete no ENPESS 2014 e dez no ENPESS 2016) e 12 em CBAS (sendo um trabalho na edição do CBAS 2010, quatro no CBAS 2013, sete no CBAS 2016). Destes, 3 trabalhos não tinham como foco a residência, e sim uma discussão mais ampla acerca da política de saúde, apesar de utilizar o termo Residência em alguma parte do trabalho. Assim, chegamos ao número de 46 artigos.

Em relação a produção o âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, foram identificadas 8 dissertações de mestrado e uma tese de doutorado: 4 da região sudeste, 2 da região sul e 3 da região nordeste.

Apesar de termos avançado nas produções da área sobre as Residências, a produção ainda é escassa e, por isso, é importante reforçar a necessidade dos preceptores e tutores relatarem as suas experiências nas residências. O que foi visto nas produções? A dissertação da Vargas (2011) traz eixos que sumarizam o balanço: a Residência tem como potencialidade a transformação de práticas hegemônicas no cotidiano dos serviços; a vivência do trabalho multiprofissional; e a construção de novos perfis profissionais. Além disso, tem uma contribuição muito clara do aporte teórico do Serviço Social sobre as Residências: a análise crítica em torno das nossas condições de efetivação dos Programas, especialmente enquanto qualificação dos trabalhadores para o SUS. O Serviço Social traz a potência desse debate crítico da política de saúde e das defesas da área no âmbito do SUS (CASTRO *et al*, 2019).

Em relação aos desafios e questões a serem enfrentadas as produções apontam: a concepção de formação em saúde para as Residências; as diretrizes pedagógicas e para o trabalho profissional nas residências; relação tutoria e preceptoria e o necessário alinhamento dessa interlocução e do processo de supervisão; condições de trabalho nos cenários de prática; a residência como alternativa ao desemprego e a inserção dos egressos na área de saúde.

Pela própria conjuntura nacional de desemprego, as residências tem se tornado uma estratégia de “inserção no mercado de trabalho”, por isso é preciso desconstruir a residência como trabalho e defendê-la como formação para o trabalho no SUS. Este processo impacta diretamente na compreensão do lugar do residente nos serviços de saúde. O residente é um sujeito em

formação, responsável pelo desenvolvimento da sua atuação, que vai contribuir para potencializar o trabalho profissional, mas ele não é o responsável pelo Serviço Social da Instituição e não responde pelas definições daquele serviço – este é o lugar da preceptoria. Esta análise impacta na ultrapassagem da lógica da residência enquanto um *treinamento* em serviço; enquanto substituição de recursos humanos.

Por fim, é fundamental a potencialização dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) que são veículos de pesquisa, atualização sobre o trabalho do assistente social na saúde e meio para construção das mediações teoria/prática no âmbito das Residências. É perceptível que, a todo o momento, no âmbito das Residências, o Serviço Social se coloca frente a disputas de projetos: para a saúde, educação, residência. É caminho de Resistência construir uma formação de trabalhadores pautada nos princípios e diretrizes do SUS; construir um trabalho profissional que supere o modelo centrado na concepção de saúde/doença e enfatizar uma produção de conhecimento que a análise a determinação social do processo saúde-doença. É nesse campo que está a contribuição do Serviço Social.

### Considerações Finais

As reflexões trazidas neste artigo partem de uma perspectiva de defesa das Residências e de sua potencialidade enquanto estratégia formativa, apesar de todas as dificuldades e contradições. No entanto, uma questão que perpassa toda problematização é a configuração da residência enquanto precarização do trabalho.

É preciso avançar na concepção de residência enquanto formação de trabalhadores para o SUS, combater a perspectiva de treinamento profissional, e reafirmar um projeto para as Residências que não se pauta na exploração. Por isso, é preciso problematizar a carga horária de 60 horas, garantir os períodos de descanso, as atividades teóricas, os momentos de interlocução com o grupo multiprofissional e possibilitar o avanço das reflexões sobre o trabalho em saúde.

Esse processo de disputa é fácil? Não. Porém, pautado no projeto ético político profissional é preciso defender uma perspectiva de uma formação para o trabalho na área de saúde, especialmente, para a política pública de saúde, calçada nos princípios e diretrizes do sistema único de saúde; no horizonte da educação permanente, entrelaçando a qualificação da atenção à saúde com a dimensão política do trabalho na saúde.

A Residência deve propiciar a formação e a consolidação de um quadro de profissionais que têm uma formação que dialogue

com esses processos; que direciona as ações para as lacunas de acesso ao SUS; que analisa a realidade da população ancorada na formação sócio histórica desse país; que realize interlocuções com as outras áreas que aproxime da construção de um atendimento integral. A pandemia, apesar de todas as dificuldades, tem colocado claramente a necessidade de reforçarmos essa perspectiva, combatermos a Residência enquanto precarização do trabalho e construirmos a formação de assistentes sociais que vão contribuir com o reforço do projeto ético político profissional.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEPSS. **A formação em Serviço Social e o Ensino Remoto Emergencial**. Brasília: ABEPSS, 2021. Disponível em: [http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/20210611\\_formacao-em-servico-social-e-o-ensino-remoto-emergencial-202106141344485082480.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/20210611_formacao-em-servico-social-e-o-ensino-remoto-emergencial-202106141344485082480.pdf). Acesso em 12 jul 2021.
- **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 10 jul 2021.
- **Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social**. Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>>. Acesso de 10 jul 2021.
- BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no capitalismo – fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- 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. 2013a.
- CASTRO, M. M. C. O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Revista Temporalis**, n. 26, p. 153- 171, jul./dez. 2013b.
- Prefácio. PASSOS, R. G et al (orgs). **Serviço Social e residências em saúde: desafios em tempos de pandemia**. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, Coordenação de Capacitação Continuada, 2021.
- CASTRO, M. M. C.; DORNELAS, C. B. C. Residências, disputa de projetos formativos e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, v.25, n.2, 2021. No prelo.
- CASTRO, M. M. C et al. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas. **Revista Libertas**. v.19, n.2, p.460-481, 2019.
- CASTRO, M. M. C et al. Serviço Social e residências em saúde no Brasil: panorama nacional. **Serviço Social em Perspectiva**: Montes Claros/MG, v.4, n. 2, p.216-235, jul/dez-2020.
- CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.
- CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para a reflexão**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2017.
- **Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>. acesso em 07 jul 2021.
- CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde-formação para a integralidade?** Curitiba: Editora Appris, 2013.
- CNS. **Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020**. Recomenda a observância do 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 10 jul 2021.
- **Recomendação Nº 025**, de 9 de junho de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco025.pdf>. acesso em 07 jul 2021.

- 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.
- MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 161 - 166.
- RAICHELIS, R; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021.
- SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.
- SILVA, L. B; CASTRO, M. M. C. **Serviço Social e Residência em Saúde: trabalho e formação**. Campinas: Editora Papel Social, 2020.
- SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.
- VARGAS, T. M. **O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?** 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.

## CAPÍTULO 4

## A conjuntura e os rebatimentos nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Letícia Batista Silva<sup>24</sup>

Muito obrigada, Rachel. Boa tarde a todas, todos e todes! Quero dizer que pese os tempos estão difíceis. Essa realidade que segue testando nossa capacidade de resistir, em que pese tudo isso, eu quero muito registrar minha alegria de estarmos aqui juntas, juntos nessa tarde, a alegria de ter companheiras de trabalho e de movimento estudantil aqui nesse encontro. Então, são as contradições de todo esse momento que estamos vivendo, mas também a possibilidade de estarmos juntas, juntos construindo aqui, meu muito obrigada! Também quero agradecer a comissão organizadora do *Curso de Extensão Serviço Social, Trabalho Profissional e Residência Multiprofissional*, agradecer a todas, todos os membros dessa comissão e também a Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da UFRJ.

*Buenas*, essa nossa conversa vai no sentido de que a gente possa destacar alguns pontos sobre a conjuntura e os rebatimentos nos programas de residência multiprofissional em saúde. Como já houve atividades com as professoras Rodriane e Marina, esse processo de discussão sobre a Residência já é um terreno bastante assentado, portanto, vai ser mais fácil. Nós vamos discutir a conjuntura, mas, ao mesmo tempo, vamos resgatar elementos que possivelmente vocês tenham ouvido das professoras que me precederam. Sendo assim, nossa ideia não é esgotar o conteúdo, mas sim trazer alguns pontos de vista que pensei para essa nossa conversa. E digo conversa, porque muito antes de buscar dar respostas e fazer sínteses, na verdade, o grande interesse aqui é que essas questões que eu vou colocar possam ser fomentadoras para essa discussão e exposição, então quero fazer um convite também para que essa crítica e essa análise sejam feitas. Cabe lembrar também que nunca tem resposta certa, toda questão é bem-vinda, não tem questão pouco elaborada também, todas as questões são importantes para que a gente pense coletivamente esse processo que é a residência.

---

24 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela UERJ, Mestre em Serviço Social pela UFRJ, Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora em Saúde Pública Associada e Docente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Também é Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF/Niterói). Membro Pesquisadora do Núcleo Interinstitucional de Estudos e Pesquisas sobre Teoria Social, Trabalho e Serviço Social - NUTSS. E-mail: leticiabatistas@gmail.com

Dito isso, destaquei alguns elementos para pensarmos essa conjuntura, que é uma conjuntura pandêmica, mas que é também antes dela e será depois. Então, queria começar destacando um artigo que é uma publicação de 2020, do Reinaldo Guimarães, professor do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada da UFRJ. Esse artigo foi publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*. E, nesse momento, o Reinaldo apontou que o enfrentamento da COVID-19 é complexo (como sabemos), mas ele faz um caminho para dizer que esse enfrentamento atinge diferentes e complementares planos de intervenção. O autor vai destacar três: a abordagem clínica, o terreno epidemiológico e a vida em sociedade.

Percebam que esses terrenos que são apontados pelo Reinaldo, na leitura do cenário do contexto e da conjuntura da pandemia, se entrecruzam e também interagem nesse contexto da pandemia.

Nós todas, todos, estamos aqui o tempo inteiro sendo solapados por uma realidade e pelas mudanças, inclusive, do ponto de vista científico do o que é a abordagem clínica e do que é o terreno epidemiológico para o trato dessa doença. Mas quando a gente olha para a vida em sociedade, que é um ponto destacado pelo Reinaldo também, a gente vê que para essa vida em sociedade, em relação com os demais terrenos de combate à COVID-19, o que encontramos é uma espécie de presente pandêmico que tem contornos desenhados muito antes da pandemia. Esse é um ponto de inflexão para essa análise de conjuntura dos programas de residência, mas também para discutirmos qual é o lugar destes programas na política de saúde, qual é o lugar da política de saúde no Brasil e seus sentidos, e também, obviamente, o que esse contexto de pandemia nos traz como desafios.

Partindo desse pressuposto e olhando para essa vida em sociedade, fica claro que a pandemia não gerou uma crise econômica, a crise já existia. Isso é um ponto muito importante para a gente ter como pressuposto para a nossa análise. As crises cíclicas são inerentes ao modo de produção capitalista, como Mandel e outros autores destacam. Na verdade, não há nada de novo na existência das crises, o que a pandemia faz é aprofundar essa crise e seus efeitos. Em março de 2020, nós não poderíamos sequer imaginar que chegaríamos em abril de 2021 com uma pandemia em pleno curso no Brasil e com mais de 392 mil mortes por COVID-19. Esse tempo de pandemia e seus números indicam uma crise sanitária sem precedentes, mas também registram a face histórica que é a face da movimentação do capital sobre as condições de reprodução da classe trabalhadora.

A crise sanitária não cria a crise econômica, mas, sem dúvida nenhuma a aprofunda. E ao aprofundá-la, impacta todos nós enquanto sociedade, mas impacta ainda de maneira diferente

os trabalhadores e trabalhadoras da saúde e a formação do trabalho em saúde. Um outro registro sobre as crises sanitárias e as crises econômicas em curso, é que elas impactam de formas diferentes os países de capitalismo central e periféricos. Então, se pensarmos no Brasil, país da periferia, o que observamos é o impacto desigual que atinge mortalmente as frações mais empobrecidas da classe trabalhadora. Então, se olharmos para resultados de pesquisa, por exemplo, do Núcleo de Operações Inteligência em Saúde da PUC/RJ (NOIS), os estudos desse grupo de pesquisadores, com base na análise socioeconômica das taxas de letalidade da COVID-19 apontam que, no Brasil, a propagação da doença sofre uma grande influência de fatores socioeconômicos e que pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos.

Vejam que esse também é um dado produzido por esses pesquisadores da PUC/RJ que acompanha os estudos estadunidenses sobre perfil de mortalidade. A questão é que, no Brasil, a população negra, ou seja, pretos e pardos, significa 56% da população. Sendo assim, não estamos tratando de minorias aqui, estamos tratando na verdade da maioria. E o estudo apontou que as chances de morte de uma pessoa preta ou parda não alfabetizada são 3,8% maiores do que uma pessoa branca com escolaridade de nível superior. Se a gente pensar nas faixas etárias, em todas elas os indivíduos negros representam um número maior de mortos em relação aos brancos. Com isso, quero destacar que este perfil de mortalidade não se dá por acaso, mas sim como uma expressão da histórica desigualdade social brasileira. E isso faz com que qualquer discussão sobre conjuntura, no caso brasileiro, seja insuficiente se a gente não incorporar também os elementos gerais da análise estrutural e organizativa da sociedade brasileira que precede o contexto da pandemia.

Esse novo coronavírus avança no Brasil em um terreno que é de intensificação da precarização no trabalho e de ajuste fiscal. Por que intensificação? Porque nós já vivenciamos isso e não só em tempos recentes. A história brasileira é uma história de superexploração do trabalho, podemos citar aqui para pensar como uma característica histórica brasileira, a produção do Ruy Mauro Marini e outros autores. E essa superexploração, na fala do professor Marini, se caracteriza pelo trabalho intenso, extenso e mal remunerado. Então, se pensarmos em tempos de política e das questões mais recentes, temos como arquétipos dessa situação a Emenda Constitucional nº 95 (a chamada Lei do Teto de Gastos) que, além do congelamento do teto com gastos públicos por 20 anos, especialmente no que se refere à saúde e educação,

produz a desvinculação das despesas primárias. Além disso, um outro arquétipo desse processo, na sua figura mais recente, é a contrarreforma trabalhista de 2017 que possibilita a terceirização em todas as atividades e dentro de outras questões, indicam para os trabalhadores a queda do nível de salário, a perda dos direitos sociais e a perda da estabilidade. Não há dúvidas de que essas mudanças no mundo do trabalho têm significado retrocessos de direitos.

Há uma multidão de trabalhadores informais no Brasil e no mundo, e se olharmos para alguns dados que foram apontados durante a pandemia – e aqui não vou citar nenhuma instituição comunista – vou tomar como exemplo de números a Organização Internacional do Trabalho. A OIT apontou que cerca de 1,6 bilhões de trabalhadores e trabalhadoras da economia informal estão sem condições mínimas de sobreviver. Vejam que 1,6 bilhões é um número que assusta qualquer um, pois esse número representa quase a metade da força de trabalho global, então, além desse número ser bastante expressivo, ele representa algo que vai além dele mesmo. Isto é, no mundo de hoje quase a metade da força de trabalho global está inserida em atividade informal, ou seja, sem proteção social. O que nós temos observado é justamente uma progressiva redução dos postos de trabalho em nível mundial e também um avanço da informalidade. Se for pensar em nível nacional, o Rio de Janeiro, por exemplo, é o estado com maior número de informalidade no país. E essa informalidade significa terceirização, pejotização, inclusive no trabalho em saúde, que é o campo da nossa discussão.

Assim, quero dizer que é um espelho: o que acontece no mundo reflete no Brasil (periferia) e o que acontece no mundo do trabalho repercute no trabalho em saúde. Saibamos ou não, queiramos ou não, a precarização do trabalho em saúde não é uma experimentação administrativa para a saúde, mas sim para o trabalho, o que vai traz repercussões fundamentais para a saúde, inclusive, no que se refere à autonomia dos trabalhadores e as possibilidades de resolução de determinados problemas e questões da Residência. Essa tendência de informalidade, de terceirização e de pejotização já estava posta antes da COVID-19, obviamente com a pandemia houve uma intensificação. A OIT aponta que foram perdidos cerca de 255 milhões de empregos de tempo integral no ano de 2020, mas se pensarmos em 2019 (pré pandemia), 165 milhões de pessoas não trabalhavam em tempo integral e outros 120 milhões tinham desistido de procurar trabalho e/ou não tinham acesso ao mercado de trabalho. Esses números apontam a tendência mundial e que se expressam nos estados nacionais a partir de algumas características. Todos

esses relatórios apontam uma tendência para o aumento do desemprego e do subemprego em escala global. A pandemia é uma crise sanitária que aprofunda a crise econômica, que é inerente ao modo de produção capitalista, mas essa crise é paga por quem?

Se a gente observar os dados da OXFAM Brasil referindo-se a alguns meses de março a julho de 2020, eles apontam que o patrimônio dos 42 bilionários do Brasil cresceu com a pandemia, passando de 123 bilhões de dólares para 157 bilhões de dólares. Vejam que essa foi a mesma tendência seguida em nível mundial: os 25 maiores bilionários do mundo aumentaram seu patrimônio para 255 bilhões de dólares, nos primeiros três meses da pandemia. A conclusão a que a OXFAM chegou é que a fortuna dos maiores bilionários do mundo contou, nesses primeiros meses de pandemia no ano de 2020, com o incremento de 25% em relação ao ano de 2019. Então, vejam, a pandemia é crise, mas nem todos pagam a conta dessa crise. Para além do arcabouço teórico, os próprios fatos desmentem a ideia de que todos perdem com a pandemia, e os fatos também destroem a falácia inicial que ouvimos na mídia corporativa de que esse vírus era democrático.

Os fatos apontam também que há um outro falso dilema que está colocado: vida *versus* economia. E por que esse é um falso dilema? Porque a opção do ponto de vista do Estado brasileiro, não só na sua representação no executivo, mas também da maioria da gestão dos estados, a opção tem sido pela economia. Dito de outra forma, e aí acompanhando o caminhar histórico da formação social brasileira, a opção sempre parte dos interesses dos mais ricos e esses interesses seguem soterrando as necessidades dos mais pobres.

Nesse contexto de pandemia, essa situação é uma questão muito cara ao Serviço Social. A discussão sobre as expressões da questão social, ou seja, da desigualdade, nunca esteve tão expressa em números como está hoje. E o Serviço Social na saúde? Bom, podemos dizer que o Serviço Social brasileiro vai sofrer impactos nesse processo, primeiro porque o campo da saúde é o maior empregador de assistente sociais, embora a nossa categoria profissional não seja citada pela grande mídia é sabido que assistentes sociais são fundamentais para a estruturação e sustentação da atenção em saúde, realizado por instituições, unidades e serviços em todos os níveis de gestão do SUS.

Desse modo, as/os assistentes sociais estão atuando na pandemia, lidando com usuários e famílias com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, ainda que o exercício profissional

não signifique um contato direto com esse usuário (com o paciente isolado), mas eles estão lidando com as demandas por atendimento de saúde, por direitos sociais relacionados ou não diretamente com a COVID-19. Ou seja, o que vemos e vivenciamos como assistentes sociais trabalhadoras/res da saúde, nesse momento, é uma espécie de incremento na composição das necessidades dos usuários.

Um outro impacto no Serviço Social é a própria repercussão do ponto de vista mais estrito da COVID-19, ainda que partamos da ideia de um conceito ampliado de saúde e da determinação social do processo saúde-doença, também é sabido que na maioria dos serviços, esse papel relacionado à busca da efetivação da intersectorialidade se dá a partir da atuação do/da assistente social. Então, esse processo (que é um processo de retração dos direitos sociais e que está assentado na intensificação do trabalho e na destruição dos direitos do trabalho), também vai gerar repercussões, porque vamos trabalhar na perspectiva das políticas sociais para o atendimento das necessidades desses usuários, que, na verdade, é incrementada pelo processo pandêmico, mas que já vem estruturalmente ao longo do tempo representando perdas imensas. E é nesse contexto de tensão, de necessidade e de escassez que realizamos o nosso exercício profissional.

Há, então, um somatório que aparece: as demandas próprias do serviço – que não necessariamente são uma expressão das necessidades dos usuários – a as novas demandas da pandemia; a precarização do trabalho relacionada aos usuários, mas também relacionada aos assistentes sociais seja nas suas formas de contratação seja, inclusive, também, na figura de residentes; também vivemos essa adaptação ao modelo híbrido de trabalho (presencial e remoto); e também os desafios da formação em tempos de pandemia, que se somam aos desafios pré-pandemia.

Para a Residência, além do contexto geral, agudizaram-se as questões da modalidade de formação. Podemos afirmar que a residência multiprofissional é uma inovação em termos de formação para o SUS, porque ela busca, justamente, a superação dessa lógica da especialização dos indivíduos que era tão presente na origem da residência e que ainda é presente na perspectiva da Residência Médica.

Essa ideia de que há uma formação que atende às necessidades em saúde, que está conectada ao Sistema Único de Saúde e que quer superar a superespecialização dos indivíduos, se torna uma ferramenta que materializa uma busca pela superação desse modelo biomédico e hospitalocêntrico. Mas esses programas de residência, muitas vezes, se desenvolvem em estruturas e

serviços onde a lógica biomédica e hospitalocêntrica permanecem operando, ainda que não seja defendida retoricamente, ainda que não seja expressa na narrativa, mas está expressa ali no cotidiano do trabalho, nas formas de organização da atenção em saúde e nas formas de atendimento em geral das necessidades dos usuários e usuários do SUS.

Em que pese todos os avanços sociais que a implementação do SUS significou – nosso direito universal, integral, participação social, a expansão da atenção primária em saúde etc. Esses avanços não significam que não há contradições, falar de avanço não significa positivar a política, significa que houve avanços, mas essa não é uma leitura que é feita através somente da positivação desses avanços. Em termos de política pública, no modo de produção capitalista e de Brasil (periferia do capital), sempre haverá contradição. E aí, nós vamos operar nessa variável que é sempre complexa, multifacetada, multidimensional. Então, para destacar alguns avanços no sentido da instituição do SUS (para além da própria saúde como direito integral), há de se destacar a expansão da atenção primária em saúde, os avanços no campo da atenção psicossocial também. Em que pese esses avanços, no interior dos serviços – em todos os níveis – há ainda um protagonismo de pensar e realizar práticas tradicionais em saúde, assim como a hierarquização dos saberes e fazeres.

Quando olhamos a literatura sobre práticas tradicionais ou sobre as possibilidades de avanços progressistas no campo da saúde, nós vemos muitos artigos que defendem um determinado jeito de ser, mas, por outro lado, vemos uma produção bem menor aplicando essa forma de ser e de atuar frente à política de saúde. Então, há consolidado do ponto de vista retórico a importância, mas esse fazer profissional não necessariamente consegue incorporar esses elementos que estão postos do ponto de vista da referencialidade teórica. Além disso, há retrocessos do ponto de vista das ações do poder executivo. Temos avanços na implementação do SUS – alguns pontos que são importantes para entender como esses avanços se materializam na vida da população –, mas há, ainda no seu interior, estruturas de serviços de gestão que falam, dizem e defender retoricamente o horizonte de integralidade, de equidade, de universalidade, de trabalho interprofissional e da perspectiva de uma ação interdisciplinar, ainda que esteja na retórica, não podemos dizer que, em geral, isso está realmente posto como ferramenta materializada no cotidiano dos serviços.

Além disso, ainda temos uma outra questão que também é anterior à pandemia. A questão é que, do ponto de vista das ações do poder judiciário, temos retrocessos pungentes. E aí,

cito, mais uma vez, a política de atenção psicossocial e a de atenção primária em saúde. Então, não estamos atuando no terreno da certeza ou do desejo, estamos trabalhando no terreno da realidade social. Esta realidade social se estrutura a partir de uma estrutura histórica que tem momentos de retração dessa estrutura e a tentativa de novas formas de pensar, fazer e formar a saúde, como é o caso da residência multiprofissional, na minha humilde opinião.

O modelo hospitalocêntrico e biomédico, embora pareça óbvio seu insucesso, não é algo fácil de superar em uma estrutura hospitalar. Por que? Porque isso significa orçamento, significa característica do gasto público, significa característica de contratação, formas de organização da assistência e da formação e outros diversos fatores. Assim como não é fácil se contrapor à centralidade do ato médico em detrimento de planejar a atenção em saúde a partir das necessidades de saúde (entendidas a partir do conceito ampliado de saúde). Não focar estritamente no trato da doença não é algo simples, é algo que deve ser defendido do ponto de vista dos nossos princípios, mas também precisa ser operado nas realidades institucionais. E para sê-lo, é fundamental que esse trabalho possa ser compartilhado, não só na fazer, mas também no planejamento e nas esperas decisórias.

Essa é uma ação a partir da horizontalidade entre assistentes sociais, enfermeiros, médicos e demais profissionais de chamado nível superior, mas também de agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem etc. Trata-se de uma ação que se realiza através do trabalho coletivo em saúde, ela não é um ditame burocrático, ela é um fazer que se dá a partir de um cotidiano que é contraditório, que é tenso e em que somos o tempo inteiro chamadas a entregar "produtos" a partir das demandas e não das necessidades de saúde. Então, materializar esses princípios do SUS, sua lógica universal, integral, e de participação popular, exige a superação de um modelo inoperante e restritivo, uma perspectiva que coaduna com proposta da residência multiprofissional, mas que não está garantida.

Em muitos serviços, as Residências são implementadas como uma proposta político-pedagógica na lógica de ações que são interdisciplinares e do trabalho interprofissional, sem que essa dinâmica esteja efetivamente posta nos serviços. Então, os programas trazem esse sentido de uma formação multi e de uma ação interdisciplinar, e de um trabalho em uma perspectiva interprofissional, entretanto a realidade institucional onde esses programas se assentam não opera nessa perspectiva, na maioria das vezes. O que está presente, na maioria dos serviços, em menor ou em maior grau, são justamente as práticas tradicionais.

Com isso, é importante a compreensão da residência como uma formação que se realiza através do trabalho. Por que é importante isso? Porque se entendemos a residência apartada dessa realidade institucional, a gente não realiza a residência na sua potência, que é de formação de recursos humanos para fortalecimento do SUS. E de que SUS estamos falando? De um sistema que se pensa a partir das necessidades em saúde e não apenas no atendimento de doenças.

É no trabalho em saúde - com reconhecimento de seus limites, contradições e possibilidades - é nesse cenário que ocorre o cotidiano do trabalho e do processo ensino-aprendizagem via programas de residência. Dito de outra forma, trata-se do comparecimento das categorias totalidade e contradição para leitura desse processo de formação que é mediado pelo trabalho. O residente não é apenas um sujeito em formação, ele é um graduado dando continuidade aos estudos pela via de uma pós graduação *lato sensu*. Ou seja, o residente é um trabalhador da saúde em processo de formação inserido em serviço.

O preceptor é também um trabalhador assalariado da saúde que realiza sua intervenção profissional com uma autonomia relativa e, dentro dessa autonomia relativa, há também os diferentes regimes jurídicos. A autonomia é relativa para todos, pois nessa autonomia está colocada a condição de trabalhador assalariado, mas, além disso, os regimes jurídicos, onde estão inscritos esses trabalhadores, também contam da sua capacidade não só de autonomia profissional (na relação direta com o usuário e usuárias), mas também de organização coletiva na construção de pleitos coletivos dentro das instituições.

A mesma coisa com os tutores que também são trabalhadores assalariados e que se, por exemplo, forem professores universitários não está, a priori, reconhecida docência na residência. É necessário destacar que a maioria das unidades de ensino superior não reconhece residência como atividade de pós graduação a ser contabilizada como uma carga horária do trabalho docente. Então vejam que, se a gente não entende a estrutura da política de saúde, do trabalho em saúde e seus sujeitos, e como ela se expressa no SUS, a nossa análise sobre a potência da residência fica reduzida a um desejo, desconsiderando as condições objetivas (possibilidades, mas também os limites) que estão postas nessa realidade.

Vejam que também são escassos os espaços de formação, sobretudo, espaços de discussão sobre os acúmulos da residência. Então, essa é uma outra questão. Como nós estamos nas instituições de saúde o tempo todo respondendo às demandas que não necessariamente são expressões das necessidades

dos usuários e usuárias, e fazemos isso em um nível de intensificação do trabalho que faz com que, em grande parte das vezes, realizemos nosso trabalho sem condições de, sequer, pensarmos coletivamente sobre ele ou de apontar a necessidade de formação continuada. Isso tem um impacto fundamental e se expressa claramente nos programas de residência. Não basta ter o desejo de ser preceptor, ter o desejo de ser tutor, é necessário que a instituição esteja organizada para promover uma formação contínua dos profissionais, visto que a realidade está em constante movimento. E é nesses serviços que os residentes, os preceptores, os tutores e os demais profissionais de saúde, assim como os usuários e usuárias, vivenciam o cotidiano como sínteses das determinações que interagem sobre as práticas em saúde e também sobre as respostas institucionais.

Então vejam, sempre operando nessa contínua ação entre as práticas e as respostas institucionais. E como a gente constrói práticas e respostas institucionais focando nas necessidades de saúde? Esse é um dos desafios em que a residência aponta possibilidades e caminhos, mas que sozinha não realiza. Quero destacar que ao pensar Residência apenas na dimensão de formação, sem condicioná-la aos processos de trabalho, dá uma falsa impressão de autonomia do projeto pedagógico. No nosso caso, a compreensão de um projeto político-pedagógico. No contexto da pandemia ou fora dele, esse projeto não tem uma autonomia frente à realidade, portanto, ele não se realiza sem considerar a complexidade e mobilidade desta realidade no cotidiano.

Não podemos perder de vista que a Residência em Saúde é realizada por instituições, por serviços e por profissionais de saúde a partir de processos de decisão. Há sempre um processo decisório que se refere a implementação de um programa de residência, mas também há um processo de trabalho em saúde propriamente dito. Então é formação e trabalho num contínuo, não é possível autonomizar um ou outro e, no contexto da pandemia, essas tensões ficam recolocadas. Quais são essas tensões? Tensões entre o dever ser *versus* o desejar ser e entre os limites e possibilidades.

Percebam: a gente pensa a Residência como uma questão centrada apenas nos que estão envolvidos diretamente nos programas: residentes, coordenadores, preceptores e tutores, o que fica também obscurecido é que o funcionamento das residências se dá no cotidiano, a partir de uma interação com o trabalho em saúde em seu sentido mais amplo. E o cotidiano é a possibilidade, mas é também o mesmo de todo dia, ou seja, o cotidiano é o lugar da repetição, por isso é tão difícil e tão

importante operar nesse cotidiano. Para pensar esse cotidiano é necessário que a gente se afaste dele, pois a gente não consegue pensar e fazer continuamente. Porque quando a gente faz continuamente sem pensar, sem planejar, sem organizar, sem refletir ou sem criticar, a tendência é que a gente faça o mesmo, mas esse mesmo não é o suficiente para que atendamos às necessidades em saúde e também não garante uma formação adequada, do ponto de vista da sua vinculação com os princípios do SUS, de uma residência multiprofissional, por exemplo.

Então, esse processo de investigação e pesquisa que a residência pode dar início são pontos importantes de sua contribuição para pensar o serviço. Não significa pensar somente no que o serviço tem para oferecer para a Residência, mas também o que essa modalidade pode oferecer para pensar esse serviço. Os Programas de Residência nos possibilitam, através da interação entre residentes, preceptores e tutores, novos olhares e processos de sistematização desse fazer profissional. Processos de sistematização que muitas vezes ficam soterrados por esse cotidiano, esse é um efeito parecido com a presença de um estagiário, mas a autonomia de um estagiário é completamente diferente.

O estagiário é um graduando em formação, o residente é um graduado, é um trabalhador da saúde realizando uma pós-graduação em saúde, portanto há diferenças. O fato é que residentes, coordenadores e preceptores são sim sujeitos centrais para a execução dos programas, contudo, esses mesmos programas não se realizam sem a interação com os demais profissionais. Vejam, profissionais que estão necessariamente envolvidos nos programas de residência e outros que não. Assim como esses programas não se realizam sem a interação com os usuários e usuárias e com os gestores das instituições.

Ao focarmos no período da pandemia, podemos discutir, primeiramente, a questão da formação na pandemia. O primeiro registro que me parece fundamental é que é preciso entender que esse é um período de excepcionalidade, não podemos tentar tratar esse período como um período "normal". Também não se pode transpor um ensino presencial para o ensino remoto, assim como não se pode esperar por um caminhar na residência sem considerar os impositivos da pandemia, ou seja, não há dúvidas que haverá frustrações na vivência dessa residência para quem ingressou, por exemplo, em 2020. Haverá frustração, haverá uma relação que não é plena na medida em que não consegue realizar tudo que a interação presencial e que o processo de sala de aula ou supervisão não-virtual poderia realizar. Assim como não é plena a relação transversal entre preceptores, residentes e tutores.

Por outro lado, a pandemia evidencia a contribuição fundamental do Serviço Social no sentido do debate da determinação social do processo saúde-doença. Se do ponto de vista da formação há muitos desafios e, mais do que desafios, é necessário que a gente entenda que há limites em uma formação que está sendo realizada no contexto de uma pandemia - de uma pandemia que não cessa porque se reconstrói pela ação e pela não ação do Estado em todos seus níveis de gestão -, mas é também nesse contexto que o Serviço Social apresenta essa materialidade, esses sentidos da determinação social dos processos de saúde-doença. Então, a chamada questão social que antes era vista como uma questão para o Serviço Social, passa a ser uma questão institucional também. O que não significa que haverá o tratamento adequado a ela, mas significa que está posto na realidade.

Vejam, é fundamental que a gente não esqueça que a proposta inscrita na lógica da residência multiprofissional busca alterar essa maneira de formar e fazer saúde, alterar tanto a formação quanto as práticas, mas essa busca não é uma garantia. A efetivação dessa proposta depende de um processo coletivo que inclui os programas de residência, mas que vai além deles. Há um desafio de "juntar" disciplinas e profissões que durante a graduação, por exemplo, não tiveram acesso à conteúdos transversais que possibilitassem a facilitação do diálogo entre residentes, preceptores e tutores; assim como não houve um diálogo entre os que não estão diretamente envolvidos na residência. E para nós, assistentes sociais, há outra camada nessa situação, somos profissionais de saúde, mas não somos apenas profissionais de saúde. Então, a nossa formação é generalista, o qual nos possibilita uma leitura e uma intervenção coletiva nesta realidade, mas, por outro lado, a nossa formação de base não necessariamente apresenta os nexos de "cara" para o estabelecimento de um diálogo com uma equipe de saúde, por exemplo.

Quando falamos em Residências Multiprofissionais, estamos falando que, na maioria das organizações dos grupos (nas equipes de residente multi), o assistente social residente será um profissional com a formação sobre política, questão social, determinação social etc. Pensando os residentes das demais categorias profissionais, possivelmente ninguém ou poucos tiveram acesso a esses debates. Assim como poucos (incluindo aqui o assistente social) tiveram acesso ao que é o trabalho interprofissional ou a atuação de uma equipe interdisciplinar. No máximo em algum momento pode ter sido apontada a importância desses eixos, mas não a partir de um estudo sistemático ou de uma base de atuação em equipe de saúde, assim como não foi abordado na graduação o que é ser supervisor, o que é ser preceptor, o que é ser tutor.

Essas atividades também exigem uma formação específica que se realiza na mediação com o trabalho, mas em conexão com esse processo que é de ensino-aprendizagem. Então, é necessário que esse processo que se dá na mediação com o trabalho se conecte com os processos de ensino-aprendizagem para pensar a residência. Ou seja, é necessária uma oferta sistemática de cursos e de oportunidades de formação também para esses preceptores e tutores (assim como supervisores).

O que estamos defendendo aqui é que essa conexão e esse processo de ensino-aprendizagem é uma base para a superação da lógica de treinamento em serviço. Vejam, quando falamos sobre hospitalocêntrico e biomédico significa não só uma visão, mas também uma ação, uma forma de pensar e realizar o trabalho em saúde. Então: hospitalocêntrico, biomédico e treinamento em serviço, partem todos de uma lógica tradicional e conservadora. Em vários serviços há uma retórica e uma busca da superação do treinamento e do atendimento estrito das demandas (sem considerar o conceito de necessidade, que vai além da demanda), mas essa busca vive muito próxima das tensões institucionais que conduzem, por exemplo, para o cumprimento de metas. Metas nem sempre discutidas coletivamente, nem sempre comparando com a melhor forma de lidar com as expressões da questão social encontradas no campo da saúde, especialmente nas instituições onde estamos.

Uma outra base para a superação da lógica de treinamento em serviço é colocar em movimento o nosso projeto ético-político. E quando falamos em colocar em movimento, queremos dizer que esse pode ser não só uma bússola, mas um instrumental de leitura e de ação sobre essa realidade. Muitas categorias profissionais em sua formação não têm essa perspectiva de discussão do ponto de vista ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, essas dimensões não necessariamente estão postas para outros profissionais, mas estão postas no nosso projeto profissional. Essas três dimensões constituem o exercício profissional da/do assistente social e significam uma unidade do diverso, propondo uma lógica que se opõem aos modelos tradicionais de conservadores ainda muito presentes nas instituições e também presentes no próprio exercício profissional. Então, vejam, não está somente na institucionalidade, através do modelo biomédico e hospitalocêntrico, mas também no exercício profissional. Não só está presente como, no caso do Serviço Social, na origem da profissão. O que fizemos foi romper com esse protagonismo.

Mas se atuamos a partir da perspectiva de rompimento da lógica conservadora e tradicional, também estamos buscando romper com esse treinamento em serviço e também com a ideia

de que há uma dicotomia entre a demanda e necessidade. A necessidade é algo sempre maior, a demanda vai ser incorporada na necessidade, mas para eu entender o que é a necessidade eu preciso ir além da demanda, eu também preciso ir além da própria oferta. Sobre as dimensões, a professora Cláudia Mônica da UFJF aponta que essas dimensões trazem na sua unidade elementos que determinam o modo de ser da profissão, influenciadas e mediadas por determinações históricas da sociedade capitalista.

Vejam que a compreensão dessas determinações não é uma ação finalística, mas sim como elas nos possibilitam pensar a prática profissional em convergência com os interesses de fortalecimento do SUS, de fortalecimento um sistema público, estatal, universal e de qualidade. Ou seja, essas determinações sociais e históricas nos possibilitam construir e reconstruir a formação e a prática profissional em saúde, convergente com os interesses da classe trabalhadora, de modo a integrar essa questão à lutas que são coletivas e amplas.

Assim, o projeto de intervenção profissional é o ponto de partida nas instituições, não que uma categoria profissional sozinha mude a dinâmica institucional, daí inclusive a importância das estratégias de formação multiprofissional, das ações interdisciplinares e do trabalho interprofissional em saúde. Mas o projeto profissional e a intervenção institucional podem e devem estar vinculados à uma lógica de direitos sociais comprometidos com os interesses da classe trabalhadora. E aqui lembremos que, quando falamos em classe trabalhadora não falamos apenas dos usuários e usuárias, mas também da equipe de saúde, que é composta por profissionais assalariados.

Uma passagem do livro *O privilégio da servidão*, do professor Ricardo Antunes, mostra essa discussão quase irônica sobre essa tendência de que as classes médias mais tradicionais se definam no papel que ocupam no processo de trabalho. Isso é muito importante porque essas classes médias que são classe trabalhadora, mas que não se veem assim, pois se definem a partir do seu processo de trabalho predominantemente intelectual e não manual, como exemplo: os funcionários públicos, médicos, profissionais liberais, advogados e também assistentes sociais. A ideia do predomínio do intelectual sob o manual, gera uma interpretação de distanciamento, então quanto mais intelectual mais próximo da classe média, uma espécie de fetiche de que por isso não seria classe trabalhadora. E, por outro lado, quanto mais próximo do trabalho manual e submetido aos ditames hierárquicos mais seria classe trabalhadora. Então é como pensar, por exemplo, que o técnico de enfermagem que

tem dois vínculos é trabalhador e o médico que tem os mesmos dois vínculos e mais um consultório não é trabalhador, mas sim classe média, isso é um fetiche, um engodo. Essa lógica está no cotidiano dos serviços e enfraquece o sentido dos direitos sociais, dentre eles o SUS, no trabalho e na formação.

Como superar essa lógica? Não existe fórmula mágica, mas podemos trazer alguns elementos para reflexão do cotidiano profissional. Esse "como" passa, primeiramente, pelo conhecimento da realidade que estamos inseridos, entenda-se por realidade a conjuntura social, institucional, as demandas institucionais, as necessidades dos usuários e usuárias e a relação com os outros trabalhadores em saúde, a partir dos diferentes níveis de atuação.

Essa lógica do "conhecer" ultrapassa a aparência, então nós vamos buscar entender que conjuntura social é essa, quais são as demandas institucionais, quais são as necessidades dos usuários, qual é a relação dos assistentes sociais com os outros profissionais e, a partir desse conhecimento, o estabelecimento de um projeto de intervenção profissional que vá além das demandas tradicionais e que acolha a formação via residência como um eixo de sustentação para o SUS.

Entendemos, nessa perspectiva, que a relação entre Serviço Social e Residência no campo da saúde, se constitui nesse duplo sentido. É potencialidade, do ponto de vista de formação pelo trabalho, mas é também desafio ético, teórico, prático para a sua realização. E esse desafio não é do programa, o programa é uma abstração, ele só existe a partir dos sujeitos envolvidos, então ele nem está autônomo da realidade e nem é uma abstração, o que isso significa? Significa considerar os sujeitos, direta ou indiretamente envolvidos, no desafio desse trabalho coletivo, assim como as expectativas institucionais sobre o que é um programa de residência multiprofissional e no que a gente avança a partir dele.

E vejam que nesse espaço não há, necessariamente, uma convergência de interesses, há situações em que o gestor vai entender a Residência Multiprofissional como uma oportunidade de recursos humanos. E como lidar com isso? É necessário que essa leitura seja feita, temos, por exemplo, alterações do financiamento da atenção primária em saúde que mudaram padrão de financiamento a partir da incorporação de residentes, mas não é qualquer residente, somente médico e enfermeiro. E por que essas categorias e não as demais? Então, a gente não consegue pelo nosso desejo e nem como categoria profissional, seja por coletivo ou de serviços, alterar essa realidade, mas precisamos realizar essa leitura crítica. E essa leitura precisa ser compartilhada com as demais categorias profissionais, sabendo, que não partimos

dos mesmos pressupostos teórico-metodológicos. Ainda sim, operamos nessa realidade, então, o que é a liga disso? É o trabalho em saúde. E o que é a liga desse trabalho em saúde? É a necessidade dos usuários e usuárias. E o que tem a ver o projeto de intervenção com isso? É a forma pela qual buscamos atender ou mediar essas necessidades.

Obviamente, até chegar ao cerne dessa questão, passaremos por muitas tensões, questões, momentos de maior aproximação e maior afastamento do interesse institucional, por exemplo. Mas esse é o processo e entendê-lo na sua complexidade e contradição possibilita que avancemos em formas de pensar essa formação em saúde mais associada à sua capacidade de contribuir para a transformação dessa realidade do que pelo desejo de formar residentes com qualidade sem que os serviços estejam operando na mesma realidade. Então o que se pode dar como base de sustentação para o enfrentamento deste desafio é justamente o nosso projeto profissional, instituído e desenvolvido como um norte ético-político.

Então, não se trata apenas de reconhecermos a importância do projeto ético-político, mas sim de utilizá-lo como um instrumental para se pensar a construção dos projetos institucionais de intervenção. Não se trata apenas de responder sobre a contribuição do Serviço Social na Residência, é necessário que visualizemos essa área profissional frente a esse trabalho coletivo em saúde, sendo a residência um dos meios para a sua formação. Não tenho dúvida que uma das coisas que a Residência multiprofissional nos provoca é, primeiramente, a ideia de que ninguém trabalha sozinho, assim, não é somente sobre o Serviço Social, é também sobre a instituição e sobre os serviços. Não se trata de superar as fronteiras profissionais, se trata de utilizar essa representação, essa sistematização e leitura de realidade com a qual todas as profissões contribuem para pensar o trabalho em saúde, voltar isso para a compreensão das necessidades dos usuários e usuárias, com vista ao seu atendimento. Ou seja, construir um efetivo trabalho coletivo em saúde.

Em resumo, a Residência Multiprofissional em saúde sozinha não transforma a realidade dos serviços e o nosso projeto ético-político oferece um instrumental teórico-prático que pode sim contribuir para a mudança no sentido da defesa de uma formação crítica nas residências, sustentada na direção social da saúde como um direito de todos e todas e como marco civilizatório da história brasileira. E nesse sentido, num cenário adverso da pandemia, mas que também vai além dela, é fundamental que reiteremos que antes mesmo da política de saúde e do trabalho em saúde, há o processo saúde-doença em uma totalidade, não

podendo sua compreensão ser restrita a uma lógica só biológica ou só individual ou só subjetiva. É necessário que avancemos em uma perspectiva de olhar e decodificar esse processo saúde-doença em sua totalidade. E, nessa mesma perspectiva de totalidade, o trabalho em saúde é pensado nas suas dimensões históricas e como integrante de processos sociais mais amplos que se relacionam e se imbricam na realização dessas práticas cotidianas.

Para encerrar, gostaria de deixar uma canção que diz assim: *Um novo tempo apesar dos perigos, da força mais bruta, da noite que assusta, estamos na luta!* Então vejam, uma coisa que não tenho dúvida é que nós, enquanto profissionais de saúde atuantes no SUS, estamos nesse processo de luta. O que acontece é que essa luta pode convergir, podemos, a partir da discussão coletiva, a partir do desencastelamento, produzir respostas institucionais coletivas e no sentido de fortalecimento e de preservação do SUS. Não tenham dúvida que a Residência Multiprofissional é um caminho para esse fortalecimento. *Gracias!*

#### REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BATISTA, A. *et al.* Nota técnica 11, de 27 de maio de 2020. **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil**. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPn-LRFMMY47JIXZgzkkklykydO/view>. Acesso em: 05 maio 2021.
- GUIMARÃES, R. Vacinas anticovid: um olhar da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3579-3585, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3579.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- MARINI, R. M. Dialética da dependência. *In*: TRASPADINI, R.; STEDILE, J.P. (orgs.) **Ruy Mauro Marini - Vida e Obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- OXFAM BRASIL. Bilionários da América Latina aumentaram fortuna em US\$ 48,2 bilhões durante a pandemia. 2020. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/bilionarios-da-america-latina-e-do-caribe-aumentaram-fortuna-em-us-482-bilhoes-durante-a-pandemia-enquanto-maioria-da-populacao-perdeu-emprego-e-renda/>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- OXFAM INTERNACIONAL. Poder, lucros e a pandemia: Da distribuição excessiva de lucros e dividendos de empresas para poucos para uma economia que funcione para todos. 2020. Disponível em: [https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms%2Ffiles%2F115321%2F1599751979Poder\\_Lucros\\_e\\_a\\_Pandemia\\_-\\_completo\\_editado\\_-\\_pt-BR.pdf](https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms%2Ffiles%2F115321%2F1599751979Poder_Lucros_e_a_Pandemia_-_completo_editado_-_pt-BR.pdf). Acesso em: 15 mar. 2021.

## CAPÍTULO 5

# A relação núcleo e campo: desafios ético-políticos, técnico-operativos e teórico-metodológicos

Marco José de Oliveira Duarte<sup>25</sup>

### Introdução

Fico muito feliz e agradeço o convite para estar nesse curso de extensão com essa proposta e conteúdo formativo. Quando vi toda a programação do curso, fiquei encantado, gostei muito de tudo que li e justamente da proposta e seu conteúdo, por tratar a questão da Residência.

Particularmente, porque me implico com esse tema desde a fundação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - que o Rio de Janeiro protagonizou isso nacionalmente - e também porque sempre estive envolvido com a formação para o trabalho em saúde, não só com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (DUARTE, 2014f) mas também com o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde, o PET-Saúde (DUARTE, 2014e), além do Estágio Supervisionado, assessoria, consultoria, matriciamento etc.

E esse debate faz-nos entender que é no trabalho em saúde, na experiência, no exercício, nos cenários das práticas, que se coloca o lugar privilegiado da formação. Isso é constitucional e ao mesmo tempo faz parte de uma das nossas pautas, à época, da luta nacional pela Reforma Sanitária, lá nos anos de 1980, e que, de certa forma, imprime essa perspectiva que alterou as diretrizes curriculares nacionais de todos os cursos que têm como atributo o campo da saúde.

Então, neste sentido, foi muito importante o acúmulo das conferências no campo dos recursos humanos em saúde, da formação e do trabalho para saúde, porque o que se tentou, foi, cada vez mais, imprimir essa lógica de integração ensino, serviço e comunidade. Tanto o PET-Saúde, o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), quanto as Residências Multiprofissionais em Saúde utilizam-se

---

25 Assistente Social. Mestre e Doutor em Serviço Social e Pós-Doutor em Políticas Sociais. Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social e do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisador do CNPq. Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde (GEDIS/CNPq) e do Centro de Referência de Promoção da Cidadania LGBTQI+ da UFJF. E-mail: marco.duarte@ufjf.br

dessa estratégia, e tantas outras estratégias na perspectiva da educação permanente que foram sendo construídas para entendermos que o lócus privilegiado da formação para o trabalho é o SUS que forma o seu próprio trabalhador de saúde.

Uso constantemente do conceito de “trabalhador de saúde”, por ser interdisciplinar no exercício e na reflexão acadêmica, teórica e política no campo da saúde. Opero com uma perspectiva que entende que a força de trabalho, ou seja, o trabalhador de saúde, é um elemento que constitui o processo de trabalho, do ponto de vista do seu exercício profissional enquanto núcleo, mas também enquanto campo, daí, nessa exposição, focar a análise para o campo do trabalho em saúde.

### **Sobre núcleo e campo: o debate do processo de trabalho em saúde**

Ao abordamos o núcleo especializado de conhecimento, estamos falando do núcleo profissional, é, no caso, a sua formação mais específica: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem etc. Já o campo, não diria que é, mas de uma forma aparente, ele seria essa lógica colaborativa e integrada com o conjunto dos núcleos.

Pensando em saúde coletiva, abordamos sobre o conjunto de núcleos que articula esse campo, e isso tem como primeira referência teórica Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1983; 1992). O autor trata historicamente dos conceitos de *campo*, *corpus* (disciplina), *habitus* e *ethos*, mas, infelizmente, não trataremos sobre eles, nem na profundidade que requer, nessa conferência, mas, com certeza, esses conceitos, de forma articulada, tratam da forma com que o trabalhador transita e pendula ao mesmo tempo entre o núcleo profissional especializado no qual foi formado, e entre o campo de conhecimento que estamos implicados, que chamamos de saúde.

Esse é um debate inaugurado nos finais dos anos de 1990, por um grupo de pesquisadores sanitários, que a partir das contribuições bourdianas sugeriu alterações nos conceitos de núcleo e de campo (CAMPOS, *et al.*, 1997). Desta forma, segundo Campos (2000), a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos, produzindo uma identidade profissional e disciplinar. Assim, núcleo seria entendido,

como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, p. 220).

Particularmente, essas práticas e saberes no campo da saúde, tomariam, portanto, como referência, a dimensão do processo de trabalho, na perspectiva de entendê-lo como trabalho do cuidado (DUARTE, 2004). O cuidado é essa dimensão que nos articula (MERHY, 1998), seja na relação com o usuário ou integrado na relação com os outros trabalhadores. Como podemos trabalhar com práticas colaborativas e articuladas de forma coletiva dentro do campo onde estamos inseridos? Por mais que se integre na perspectiva do campo, não estamos abrindo mão dessa particularidade que somos, enquanto formação profissional, com nossos saberes e responsabilidades específicas, que nos definem enquanto identidade, conhecimento e competências. Mas no sentido de ampliar em confluência de outros saberes, competências e responsabilidades enquanto profissionais para o campo, com outras profissões ou especialidades diversas.

Portanto, é possível tratarmos e agenciarmos, nesta perspectiva do trabalho em saúde, a criação do sujeito coletivo, que representa uma força impulsionadora que critica as forças paralisantes da instituição, mobilizando forças instituintes que transformam as instituições e desencadeiam intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras (MALTA; MERHY, 2003).

No nosso núcleo em si, temos as marcas institucionalizadas das diretrizes da profissão que cabe ressaltar: os fundamentos ético-políticos, técnico-operativos e teórico-metodológicos, que creio que todos saibam, pois estão sinalizados e registrados nas diretrizes nacionais da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), no Código de Ética Profissional do conjunto dos Conselhos Federal de Serviço Social (CFESS) e Regionais de Serviço Social (CRESS) e na Lei que regulamenta a profissão.

Durante muito tempo houve um privilegiamento focado no debate das atribuições privativas do Serviço Social, como se fosse um foco especialista, tecnicista e até técnico-burocrático desse exercício. Além disso, durante muito tempo, fortalecemos muito esse debate, mas não se fortaleceu o debate do trabalho profissional inserido no trabalho em saúde.

Contudo, particularmente, tenho contribuído nesse debate e, principalmente, a Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde fiquei por trinta anos, e que fui protagonista desse debate quando criou-se o Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESSS), que já teve três projetos de curso e anos de edições e oferecimento (DUARTE, 2014c). Isso nos dá uma outra visão quando se relaciona numa perspectiva de integração, formação e trabalho, ou,

como se tratava antigamente, de ensino, serviço e comunidade. Portanto, adoto essa perspectiva: formação, trabalho, rede e território. Acrescento rede e território (DUARTE, 2017c; 2018) pois ainda é um desafio, tanto para a formação quanto para o trabalho em saúde.

Desta forma, faz parte dessas nossas questões estarmos colocando esses desafios no concreto, do ponto de vista das relações que estabelecemos nos espaços da unidade de saúde, articulando com os nossos colegas - outros trabalhadores de saúde -, tendo em vista que compomos a força de trabalho no processo trabalho-saúde. Assim, não existe um processo de trabalho do Serviço Social, o que existe é a força de trabalho especializada do profissional, esse é o núcleo profissional que estamos inseridos. O saber técnico e o saber teórico do Serviço Social articulado com outros trabalhadores - com outras forças de trabalho - compõem o que chamamos de processo de trabalho em saúde, ou seja, nós somos um elemento no campo da saúde ou no campo que denominamos de processo de trabalho em saúde. Esse é um pressuposto teórico para pensarmos campo e núcleo.

Tempos atrás, inclusive, tratei sobre esse tema no capítulo *Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde* (DUARTE, 2014b). Este texto emergiu a partir das experiências no PET-Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da UERJ, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental, na disciplina do CESSS, intitulado *Processo de Trabalho em Saúde*, que tem, como estudantes, profissionais de Serviço Social inseridas nos serviços de saúde, assim como de outros projetos nos quais participei, abordando sobre o processo de trabalho em saúde e o trabalho profissional do Serviço Social. Portanto, é justamente isso que temos que localizar: o trabalho profissional do Serviço Social no âmbito do processo trabalho em saúde. Esse é o debate de fundo quando se está tratando de campo e núcleo. É importante trazer esse debate, senão ficamos em uma discussão no âmbito das atribuições privativas em si, de forma legalista, burocrática e engessada.

Podemos observar que temos o desafio de estreitar esse trabalho coletivo no campo da saúde. A gente não se vê, a gente não se fala, a gente não se conhece enquanto força sem que os núcleos profissionais no campo de saúde estejam articulados durante o processo de trabalho em saúde. O lugar da saúde enquanto política, ou como campo de saberes e práticas, sempre estivemos e somos oriundos dele, apesar da perspectiva higienista, eugênica, moralista, ajustadora, adaptadora e conservadora que nos formou e que vemos retomar nos últimos tempos.

Por exemplo, a gente pode até produzir uma narrativa parecida sobre a *garantia de direito do usuário*, mas isso não significa que efetivamente se garanta o direito, porque isso implica somente não na minha perspectiva de núcleo profissional, na medida que estou falando de saúde enquanto campo e enquanto política, que ele por si já é um aporte dado: a concepção ampliada de saúde; a perspectiva da clínica ampliada; a lógica dos determinantes sociais da saúde; o processo social da saúde-doença; a Lei 8.080/1990. Enfim, vários elementos que foram constituídos a partir do processo histórico da Reforma Sanitária, uma sequência de aportes teóricos, políticos e técnicos, mas isso também é uma disputa no campo da saúde. Então, nós temos uma disputa tanto no nosso núcleo profissional, como também no próprio campo da saúde.

### **Formação interprofissional para o trabalho em saúde**

Apesar de não sermos considerados, pela formação acadêmica-profissional, da área da saúde, mas das ciências sociais aplicadas, contudo, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), somos considerados profissionais da saúde. Isso já cria um problema para nós, da área do Serviço Social, porque nossa formação não está junto da área da saúde, não temos um modelo biomédico de explicação da realidade do processo saúde-doença, porque esse é um modelo hegemônico na formação específica dos trabalhadores de saúde pela via da área das ciências da saúde no qual não nos constituímos. Só encontraremos essa formação e trabalho em saúde com outros, no campo da saúde, pela via do estágio, da residência, do PET-Saúde e do VER-SUS e no próprio trabalho em saúde.

É por aí que começa um problema, porque como que a gente vai discutir campo e núcleo no processo de trabalho em saúde se as formações em saúde ainda são cristalizadas, disciplinadas e distanciadas no exercício formativo dessa lógica integrativa, colaborativa e participativa do trabalho coletivo em saúde do processo de trabalho em saúde? Isso não é uma particularidade só nossa, mas também na Psicologia, que é da área de ciências humanas, da Biologia, que é das ciências biológicas e da Veterinária, que é das ciências agrárias. Então já temos quatro profissões que estão fora das ciências da saúde. As ciências da saúde são as clássicas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Biomedicina, Farmácia, Nutrição e Terapia Ocupacional, e, mais recentemente, a Saúde Coletiva, que começou pela pós-graduação e agora se tornou, em algumas instituições universitárias, também da graduação.

Então das 15 profissões da saúde, incluindo o bacharelado em Saúde Coletiva, temos 4 que estão fora e não participam desse processo. Tratamos muito no PET-Saúde e na Residência sobre não termos uma “área verde” que seria uma área que integre, de certa forma, a formação interprofissional para o trabalho em saúde. Não temos na formação em saúde, pela via clássica (como está posta a organização das universidades), uma “área verde” comum (ou mesmo várias “áreas verdes” comuns) entre todas essas disciplinas, das 15 profissões da saúde, no processo formativo. É para se pensar o envolvimento de todos os docentes, tutores, preceptores, trabalhadores e estudantes da área da saúde e os que são considerados profissões da saúde, mas não são da área da saúde, como dissemos, para que se possa articular a educação interprofissional para o trabalho em saúde, com uma ou mais disciplinas obrigatórias ou eletivas. Exclusivamente vemos isso, coisa rara, mas se tem, nas Residências e só.

O que temos e onde nos encontramos, concretamente, é no trabalho em saúde, no SUS, apesar da maioria ter o hospital universitário como cenário de prática privilegiado e clássico da integração formação-trabalho-rede-território (ou ensino-serviço-comunidade) em saúde, a partir do modelo docente-assistencial para as profissões clássicas da área da saúde. É raro encontrar isso, mas se tem, pelas particularidades da formação em ciências sociais aplicadas e humanas.

Então, não temos uma formação articulada com outras áreas, e o que temos, em particular no Serviço Social e em outras, é reforçar uma especialidade e muito dessa disciplina da saúde em si, o que se aprende, é voltada para a legislação, marcos teóricos e a política. Então nós não somos formados, na perspectiva da formação em graduação, para o trabalho em saúde. O trabalho não aparece, o que aparece é a política. Nós já viemos com esse problema da formação, por isso que quando um aluno chega - e aqui eu vou falar dos meus estagiários de Serviço Social, residentes multiprofissionais de saúde mental e alunos das ditas graduações em saúde do PET-Saúde - eles não sabem nada de epidemiologia, de formação em saúde, de educação em saúde, de psicopatologia dentre outras. E o estágio e a Residência não vão dar conta de tudo isso. Sendo assim, quando falamos de campo e núcleo, esse debate não acontece na formação. E acontece como? Acontece com quem está no “chão da fábrica”, que está recebendo estagiário, residente e que está recebendo os alunos do PET-Saúde dentre outros, os trabalhadores da saúde.

Falamos muito entre nós, na hora do cafezinho no contexto do trabalho, ou mesmo na cervejinha após o expediente, só que tudo que falamos nesses lugares não aparecem na reunião,

não aparecem na assembleia e nem na sistematização dessa prática. A hora do cafezinho é muito potente, queremos nós que toda hora fosse a hora do cafezinho para que pudéssemos fazer isso de uma forma articulada enquanto trabalhadores daquela unidade de saúde. Pois é também no micro que acontecem os projetos fascistas, conservadores e não adianta falar bonito que está garantindo direito, quando está reprimindo e censurando o usuário e o trabalhador, colega de trabalho.

Precisamos entender a unidade de saúde como uma unidade de produção, assim como em uma fábrica: temos vários trabalhadores, temos a gerência, temos as instâncias hierárquicas e coletivas e, uma coisa muito importante no campo do processo de trabalho em saúde, temos as tecnologias leves, leves-duras e duras do cuidado (MERHY, 1997). Particularmente, as disciplinas das ciências sociais aplicadas e humanas na saúde, fazemos uso das tecnologias leves, como a comunicação enquanto dispositivo (informativos, educação popular, trabalhamos com mural, com cartilhas etc.) e essas são atribuições privativas da disciplina Comunicação Social, mas nós fazemos, porque sabemos que a comunicação e conseqüentemente as formas de linguagens estão presentes naquele trabalho. Temos também, no âmbito da área de ciências sociais aplicadas, a disciplina Administração, que também pode ser ciências sociais aplicadas na saúde. Todos os gestores deveriam ter o mínimo de formação possível desta área de Administração, não seríamos tão amadores na lógica do planejamento, do financiamento etc.

As equipes de saúde, desde a unidade básica ao hospital, não conseguem realizar plenamente um planejamento estratégico situacional, por exemplo. Não se aprende isso na graduação, articulado ao campo, tendo em vista se tratar de um instrumento de trabalho na saúde. Na nossa formação, em específico no Serviço Social, havia, não muito tempo atrás, disciplinas de Gestão, Planejamento e Administração, mas voltado para o núcleo profissional.

Esse pêndulo entre campo e núcleo, especialmente na saúde, faz nos enfrentarmos e nos desafiaros pelo trabalho coletivo. Vejamos um exemplo, que pode ser colocado aqui: o Serviço Social precisa acionar o setor de transporte para levar o usuário, que é comum isso acontecer. Podem dizer que não é nossa atribuição, mas se faz, pois está inscrito no processo de trabalho do campo, assim como os telefonemas ou outras demandas que não estão escritas que se deve fazer, mas se fazem. Sendo assim, tem uma dimensão do que se faz – trabalho – que está muito no campo da relação com os outros trabalhadores e que não está escrito, a dimensão do cuidado em saúde.

Assim, há uma exigência do campo, onde está organizado o processo de trabalho em saúde, que exige de cada núcleo profissional - que no campo relacional das comunicações, ou da conversa, ou da escuta, isto é, das tecnologias leves - faz-se acionar determinados dispositivos, que não necessariamente são atribuições privativas da profissão. Assim como, por exemplo, a visita domiciliar, mas tantos outros exemplos poderia aqui enumerar.

Ninguém sai da faculdade sabendo fazer visita domiciliar e não é uma atribuição privativa do Serviço Social enquanto núcleo, mas também se faz porque é uma atribuição do campo, no âmbito do processo de trabalho do cuidar em saúde. A finalidade vai ser diferenciada a partir da atuação profissional e, no caso do Serviço Social na saúde, o objetivo é assegurar o direito ao usuário, para sua dignidade e satisfação. Então, saber do porquê não compareceu ao serviço, se ele está fazendo ou não o acompanhamento, se ele está acionando outros dispositivos assistenciais, qual é a rede dele etc. Tem uma marca ética-política nessa visita e isso imprimimos em ato. Porque em uma perspectiva moralista, se faz uma visita domiciliar controlista, tanto para o núcleo, como para o campo, que já institucionalizou, historicamente, essa lógica e prática, o controle dos corpos dos usuários.

Assim, é preciso pensar que temos atribuições que não são nossas, mas não podemos dizer que não fazemos isso porque não faz parte da nossa atribuição. Se é trabalho do campo e estamos no campo, como que, enquanto trabalhador do núcleo, não vou fazer? Em um dos trabalhos que acompanhei em um CAPS, uma equipe de enfermagem informou que não acompanharia mais os usuários em saídas externas, porque isso era atribuição do Serviço Social. Mas isso não está inscrito em lugar algum, na verdade, essa é uma atribuição do campo e não de ninguém profissionalmente.

Portanto, existem particularidades entre os campos, o setor da saúde mental é diferente de outros, como criança, adolescente, mulher etc., ou seja, cada campo especializa aquela realidade da experiência que se está inserido. Uma pessoa pode ser especialista em seu próprio núcleo profissional, mas o campo também a especializa. Seja na relação de troca com os colegas de outras áreas, com os colegas da mesma área, com os usuários, na relação com a rede, na relação com o serviço, há um processo pedagógico constante de ensino, aprendizagem, acúmulo de conhecimento, reflexão, produção e organização política naquele campo.

O campo relacional da comunicação entre as diferentes áreas presentes naquele serviço de saúde estabelece uma

colaboração interprofissional e também uma integração com os usuários, porque esse é o elemento fundamental do processo de trabalho em saúde, que inclui o nosso trabalho profissional. Sem o usuário não há trabalho, não há como elaborar um projeto terapêutico singular (PTS) para ele. Se ele não fala, não me ouve e não interage ou estabelece uma relação com o profissional, o trabalho é realizado de forma meramente técnico-burocrática. Assim como o dito perfil do usuário perde o sentido sem o conhecimento real da história dos usuários. Precisamos repensar essa relação estabelecida no nosso processo de trabalho em saúde em nossas unidades de produção, ou seja, nos serviços, com essa dimensão intercessora com o cuidado em saúde (MERHY, 1998).

Outro ponto nesse debate de campo e núcleo no processo de trabalho em saúde e do trabalho profissional é tentar o máximo de esforço possível para que esse se realize na perspectiva interprofissional, porque o campo é interdisciplinar e o trabalho é interprofissional. Há uma diferença, porque o campo é abstrato, então, somos interdisciplinares, mas o trabalho, na junção das forças, é interprofissional, porque é a articulação de vários núcleos. Assim, não deixo de ser assistente social quando estou no meu núcleo articulando com o campo, mas também tenho uma relação dialética e imanente com o campo, pois o campo me forma e me especializa para aquele campo, pela dimensão do cuidado.

### **Experiências concretas e reflexões críticas sobre trabalho coletivo**

Por anos trabalhei no Morro do Borel, uma grande favela no bairro da Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro, que faz parte da área programática (AP) 2.2. que se situa a UERJ, o território da Grande Tijuca. Ali desenvolvi vários projetos e um deles era o PET-Saúde, na época sua edição era *Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas*, uma das frentes de trabalho do programa nacional “Crack é possível vencer”, articulado com o CAPS UERJ e o CAPSad Mané Garrincha. A favela tinha acabado de passar pelo processo de pacificação e estávamos ali articulados com a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), com a saúde, com a educação, com a assistência social, com o sociojurídico, com o socioeducativo e com a comunidade, através da organização local de moradores.

Quando fizemos a primeira reunião para discutir um caso de uso de drogas, que envolvia os CAPS, fazendo o matriciamento para a equipe da estratégia de saúde da família (ESF), não se tinha equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica de saúde, uma das estratégias foi a organização de um fórum formado por um grupo de trabalho intersetorial (GTI) no

Borel<sup>26</sup>. Na primeira reunião fizemos a apresentação, tinham trabalhadores da saúde, da assistência social, da educação etc. O mais interessante era que todos tinham uma perspectiva intersetorial, e aqui não estou mais falando de núcleo, mas sim dos campos. Tinham representantes das Unidades de Saúde, do Conselho Tutelar, das escolas e creches, do CRAS, da Segurança Pública, do Fórum Social do Borel (organização dos moradores) e de outros projetos que são desenvolvidos por lá – todos enquanto campo. Eis um desafio!

Então, nesse primeiro fórum, que cada profissional ao se apresentar e ao falar da sua instituição e política pública, tratava essa em uma perspectiva ampliada. Vimos isso com a segurança pública, através dos policiais da UPP, ao nos informar que a imagem que se tem deles é de repressão, como muitos pensam, mas eles operam com lazer, educação, acolhimento e orientação junto aos moradores. A assistência social, representada pelo CRAS, ao romper com a imagem de assistencialismo, tratou de afirmar um trabalho com foco na garantia de direito, na relação com a família e com a comunidade. Assim como a educação, não era só sala de aula, mas seu vínculo no cotidiano das comunidades, das famílias e com a escola de portas abertas. E coube a mim, representando a saúde, dizer que já estamos inscritos enquanto concepção ampliada de saúde, apesar de acharem que o posto de saúde é o lugar de pegar remédio, de medicalização (DUARTE, 2017b) e que todos veem a saúde ainda como o lugar da doença e da busca pela cura.

Todos os trabalhadores acima, ao seu modo, a partir de suas políticas públicas, operavam com seus conceitos ampliados, como na saúde. Assim, concluímos a reunião que tínhamos um bom trabalho intersetorial pela frente e com isso emerge o *Grupo de Trabalho Intersectorial Borel (GTI)* para trabalhar com os casos de usos de drogas na comunidade, particularmente, com crianças, adolescentes e adultos.

O interessante é que nesse campo intersetorial e interprofissional criou a discussão de casos de forma coletiva intersectorialmente, isso é muito rico e está além do Serviço Social, além da saúde e é colaborativo. Essa prática colaborativa, numa perspectiva coletiva e integrada, e integral, no acolher o sujeito e suas relações, é muito caro para todas as políticas e seus trabalhadores. Há anos componho o protagonismo de construção da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, e ver uma pessoa LGBT de forma integral, é ir além de sua genitália/sexo biológico, incluindo

---

26 Para mais informações sobre essa experiência e outras no mesmo território, ver Duarte, 2013; 2014a; 2015; 2016.

sua orientação sexual e identidade de gênero, mas também suas singularidades, subjetividades, territorialidades, racialidades etc. (DUARTE, 2021). Portanto, é assim que se pensa numa lógica de integralidade, quando intersetorial, com outras políticas, e interseccional, com outros marcadores sociais de diferença, como gênero, raça, sexualidade etc. que os sujeitos nos apresentam. Isso é criar e forjar um trabalho coletivo.

Quero trazer um caso para exemplificar isso, que nos foi apresentado por uma soldada da UPP do Borel em uma das reuniões do GTI-Borel. Foi um fato bem interessante, pois foi uma representante da segurança pública que veio nos trazer o caso e não na perspectiva de repressão, mas sim de garantia de cidadania do usuário. Ela fez uma denúncia pública na reunião do grupo, informando que uma família consentiu que um menino fosse para uma comunidade terapêutica na região metropolitana da capital mineira, levado por um psicólogo de uma ONG cristã que atua no Borel, e isso se tornou um debate acalorado. Primeiro, porque no GTI não tinha essa linha de atuação, com foco na internação, em que todos os representantes institucionais estavam operando, e outra questão, é que a tal organização só foi uma única vez na reunião do GTI, não mais se constituindo no grupo. Começamos então a tratar do dito caso entre muitos ali, a pensar em estratégias de trabalho em relação ao adolescente, surgindo várias estratégias de cuidado, que chamamos de planejamento de ação ou projeto terapêutico singular (PTS), o nome não importa, o que importa foi que garantimos coletivamente a cidadania e a garantia de direito desse usuário no território através dessa rede intersetorial na comunidade.

O interessante é que quando falamos PTS - que é uma coisa cara para nós do campo da Saúde Mental, isto é, de quem é do campo da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica -, nós não estamos terapeutizando ou psicologizando, na verdade, estamos simplesmente dizendo que o que estamos fazendo é diferente da lógica manicomial de massificação e gentrificação. Estamos particularizando o sujeito, que na lógica manicomial, não tinha nome, identidade, lugar, por isso o trabalho na lógica do PTS e que depois foi incorporada pela estratégia de saúde da família. Então, desse planejamento surgiram vários frutos e conseguimos trazer o menino de volta. Ele conseguiu ter acompanhamento na escola, atendimento de forma matricial do CAPSad em conjunto com a equipe de saúde da família. O que quero trazer com isso, é que só conseguimos sustentar uma diferença, quando isso é trabalho coletivo, enquanto campo ou no caso exemplificado, não é de uma única categoria ou núcleo profissional.

Como podemos alastrar essa efetivação coletivamente? Precisamos fazer essa aposta, porque ela é real. Mas temos algumas questões, por exemplo, o conceito ampliado de saúde só é veiculado com alguns tipos de trabalhadores que tem uma perspectiva crítica. Apesar de estar na Constituição cidadã, na Lei Orgânica da Saúde, isso ainda não está posto, porque a formação não mudou. Na verdade, a maioria dos trabalhadores da saúde operam com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para quem trabalha com outros trabalhadores, outros estudantes ou outros residentes de outras formações: qual é o conceito de saúde que eles têm? Temos que atingi-los, porque o trabalho é pautado na lógica da concepção ampliada de saúde, essa é base legal e normativa que nos organiza enquanto campo, mas muitos, na verdade, tem suas práticas centradas no procedimento e na doença.

Temos algumas contradições que precisamos trazer à baila dessa realidade. Lembro-me que perguntava aos residentes e estudantes sempre nos meus primeiros encontros com eles: vocês já leram a Lei 10.2016, a Lei 8.080? Eles não leram e só viram em uma única disciplina de política de saúde, porque no conjunto eles só veem os procedimentos em saúde e mal veem o usuário. Doença e procedimento-centrado são o foco dos trabalhadores formados em saúde pelas ciências da saúde. E a gente? Nós só vemos a política de saúde. Como faremos alguma mudança? Nós precisamos pensar campo e núcleo no campo da saúde com as nossas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. No quesito teórico-metodológico não temos problemas, temos muitas produções. Nas competências ético-políticas também estamos muito bem, diga-se de passagem. Mas e o técnico-operativo, que é justamente o trabalho, e no caso, na saúde?

Assim, não somos só uma formação técnica enquanto núcleo profissional, estabelecemo-nos enquanto trabalhador da saúde na relação com o usuário, com o cuidado e com o campo em que está se estabelecendo aquele processo de trabalho. A saúde como outros campos, tem essa particularidade, incide sobre a lógica do processo de trabalho na dimensão do cuidado à saúde, na vida de alguém. Portanto, somos requisitados não só por sermos força de trabalho técnica, não é só tecnologia leve. Também é subjetividade e singularidade, somos também afeto e é, por isso, que os trabalhadores da saúde estão em sofrimento no contexto da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Porque não dá para entubar uma pessoa a cada hora ou a toda hora ver um usuário morrer e ficar bem. O outro nos afeta! Não somos só uma força de trabalho especializada, não somos só um núcleo especializado, nós também somos humanos. Relacionamo-nos,

sofremos, sentimos, choramos e queremos tomar um cafezinho ou uma cerveja ao final do expediente, nós precisamos disso!

Precisamos do outro, e não é só uma leitura só de afeto pelo afeto, é no sentido de que só vamos fazer juntos se a gente estabelecer relação para que isso aconteça. O trabalho que realizamos, em sua maioria, é trabalho morto, típico da alienação no capitalismo. Precisamos operar o trabalho vivo (MERHY, 2002) em ato na micropolítica da saúde. Mas aqui não vamos entrar no debate sobre trabalho, mundo do trabalho, valor de uso, valor de troca, porque os marxistas clássicos e na saúde, tratam muito bem disso, mas não tratam dos outros elementos quando se trabalha na saúde, pois insistem em dizer que subjetividade, singularidade e escuta são questões pós-modernas e aí, o resto não serve. Mas aqui afirmo, tudo nos serve, nós somos trabalhadores em ato com outros sujeitos no trabalho em saúde.

O certo é que de um tudo me chega, me chega o outro sem dentes, com mau cheiro etc. Porque tem disso, às vezes, acontece uma certa interferência cultural de classe média, higiênica, limpa, burguesa e que quer distância do usuário. Porque no fundo - e aqui falamos sobre quem é da saúde mental - a gente lida com tudo e precisamos acolher, mas não é apenas do ponto de vista de abrir os braços para a pessoa chegar, mas sim no sentido do acesso, no sentido do processo de trabalho, que coloca o acolhimento como dispositivo de acesso naquilo que podemos cuidar, porque essa é a disposição do cuidado.

Por fim, gostaria de acrescentar outra questão, que são as diferenças de equipe. Existem alguns agrupamentos fragmentados (pseudo-equipes), mas que aposto que tem um potencial de colaboração e foco, apesar dos interesses individuais. Também tem algumas equipes semi-integradas (ou pseudo-equipes) que eu acho que tem uma certa colaboração e desenvolvimento, apesar do foco estar na profissão e na organização. E por fim, existem equipes integradas que articulam as ações, que possuem essa interdependência entre os sujeitos comuns, têm objetivos comuns e corresponsabilização e que constroem uma colaboração ativa, constituindo-se equipes interprofissionais integradas com foco no usuário. Então, depende muito da constituição de equipes do ponto de vista da relação.

Há também as dificuldades próprias como: quebras de comunicação, rumores, conversas de bastidores, diferentes linguagens especializadas e herméticas; temos meras passagens de formação que excluem as possibilidades de troca entre os diferentes profissionais; o desconhecimento do papel e do trabalho dos mais velhos da equipe; temos a desconsideração das experiências e dos saberes de cada membro da equipe;

temos conflitos quanto a abordagem eleita para assistência e o cuidado eleito para determinados usuários; têm indefinição de resultados a serem alcançados; tem a ausência de consenso quanto ao projeto assistencial comum; ausência de foco nas necessidades em saúde do usuário destinado ao trabalho de equipe; expectativa de ausência de conflitos e divergências na equipe; trabalhos especializados e suas especificidades técnicas percebidos como trabalho que tem valor social desigual; surgimento de variadas formas de disputas pelo poder que interferem direta e indiretamente nos processos de comunicação e de articulação das atividades dos diferentes profissionais; e, por fim, temos dificuldade de distinguir o que são formas legítimas de disputa e implementação de propostas ao estilo das concepções de determinadas equipes por ressentimento, vaidade e interesses pessoais.

Diria que temos dificuldades que estão relacionadas às características do trabalho em equipe que, em sua maioria, remetem a uma dimensão interativa, intersubjetiva e não apenas a técnicas e ao conhecimento técnico-científico. As necessidades de articular ações de diferentes profissionais estabelecendo uma colaboração entre eles, requer a busca de reconhecimento de sua diferença e dos benefícios da articulação para a atenção às necessidades de saúde. O que por sua vez favorece o deslocamento da ação profissional no foco nos procedimentos para o foco centrado nos pacientes/usuários.

Portanto, para a superação das barreiras, a colaboração e o deslocamento do foco para o usuário também requerem o reconhecimento de diversos tipos de equipe, pois, o consenso genérico e superficial sobre o trabalho em equipe precisa ser desmistificado. A mera justaposição de profissionais de diferentes áreas atendendo a mesma clientela em si não configura equipes efetivas que produzem bons resultados para a saúde dos usuários. Constituem-se pseudo-equipes, equipes fragmentadas, equipes de agrupamento, com potencial de colaboração, mas não de colaboração ativa.

### **Considerações finais**

O trabalho em equipe interprofissional, na lógica do processo trabalho no campo da saúde, não recobre a atuação dos profissionais em toda a rede de atenção em saúde. Por isso, o trabalho em equipe precisa ser complementado pela prática interprofissional, esta remete a necessidade de assegurar efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais e diversas equipes do serviço e entre os profissionais e equipes de diferentes serviços da rede. A prática colaborativa pressupõe que

os profissionais busquem trabalhar juntos, em prol da qualidade da atenção às necessidades dos usuários do serviço.

Então, a perspectiva colaborativa interprofissional está ligada ao conceito de campo e núcleo. O campo é constituído pelos conhecimentos, habilidades, atitudes comuns e compartilhada pelas diferentes áreas profissionais de saúde, por isso a lógica colaborativa. E o núcleo profissional, como aquele que envolve as competências específicas de cada profissão, imbricadas no cuidado em saúde. E é nesta dialética, e não de forma separada, que nos constituímos no mundo do trabalho, em particular no trabalho em saúde, enquanto força de trabalho especializada e enquanto força de trabalho coletiva. Isso é núcleo e campo no mundo do trabalho, e isso numa unidade de produção específica que é um serviço de saúde, seja ele o CAPS, a unidade básica de saúde ou o hospital.

Seja no CAPS, em um hospital, esses são os desafios. Não somos o suprasumo da beleza e do caos, temos disputas internas dentro do nosso próprio núcleo e temos disputas internas no nosso próprio campo. Estamos vivenciando todos os atravessamentos da conjuntura atual com ações conservadoras, ultraneoliberais e fascistas, de aniquilamento do sujeito, de racismo e tudo isso influencia as relações que estabelecemos, porque estamos lidando com sujeitos, seja no núcleo, no campo ou na política. E, às vezes, o que acontece é que isso repercute na falência da dimensão cuidadora, porque não somos meramente técnicos, somos sujeitos e subjetividades.

Assim, compreendendo a saúde enquanto setor terciário da economia, não somos apenas tecnologia, enquanto saber, somos também subjetividade, apesar de todos os esforços, não há como negar. Estamos implicados, até mesmo em uma concepção weberiana de intersubjetividades e isso nos produz enquanto sujeitos. Ou seja, trabalhar há mais de um ano de forma remota, com esse distanciamento, a relação com o usuário, aulas virtuais, isso é prejudicial do ponto de vista da subjetividade das relações, não nos tocamos, não nos vemos. Portanto, se não fizermos nada, seremos instrumento da necropolítica (MBEMBE, 2018), no aniquilamento do outro e essa relação que estamos estabelecendo está nos matando a cada dia mais.

#### REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- CAMPOS, G. W. de S. et. al. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, n. 13, v. 1, p. 141-144, 1997.
- CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- DUARTE, M. J. O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a

- micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. de S. et. al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, p. 150-164, 2004.
- DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 39-49, 2013.
- DUARTE, M. J. O. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: intersectorialidade e direitos humanos. In: MONNERAT, G. L. et al. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, p. 185-202, 2014<sup>a</sup>.
- DUARTE, M. J. O. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In: DUARTE, M. J. de O. et al. (Org.). **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1<sup>a</sup>ed. Campinas: Papel Social, p. 93-113, 2014b.
- DUARTE, M. J. O. et. al. Pós-Graduação Lato Sensu em Serviço Social e Saúde: enfrentando o desafio da qualificação profissional para o SUS. In: VELOSO, R. dos S. et. al. (Org.). **Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, p. 151-171, 2014c.
- DUARTE, M. J. O.; COE, N. M. Formação integrada em Saúde Mental: a indissociabilidade entre ensino/estágio-pesquisa-extensão. In: VELOSO, R. dos S. et. al. (Org.). **Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, p. 219-243, 2014d.
- DUARTE, M. J. O. PET-Saúde: Uma experiência de formação pelo trabalho para a saúde. In: VELOSO, R. dos S. et. al. (Org.). **Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, p. 259-293, 2014e.
- DUARTE, M. J. O. Residência multiprofissional em saúde mental: trabalho e formação profissional. In: VELOSO, R. dos S. et. al. (Org.). **Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, p. 295-318, 2014f.
- DUARTE, M. J. O. Da lógica manicomial à rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; NERY-FILHO, A. (Org.). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde e direitos humanos**. Salvador; Brasília: Ed. UFBA; ABRAMD, p. 111-128, 2015.
- DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e território: a garantia de direitos versus a repressão como estratégia de cuidado. In: SOUZA, Â. C. de et. al. (Org.). **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, p. 185-201, 2016.
- DUARTE, M. J. O.; COE, N. M. A construção do campo da atenção psicossocial na política pública de saúde mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J. de O. et. al. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, p. 79-99, 2017a.
- DUARTE, M. J. O.; GARCIA JUNIOR, C. A. S. Epidemia de depressão: algumas interferências sobre a medicalização da vida. In: AMARANTE, P. et. al. (Org.). **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: HUCITEC, p. 197-221, 2017b.
- DUARTE, M. J. O. Rede, território e produção de cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. CORREA, L. C.; PASSOS, R. G. (Org.). **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, p. 53-78, 2017c.
- DUARTE, M. J. de O.; SILVA, L. C. T. Território, rede e saúde mental: o trabalho profissional do serviço social no processo de trabalho do apoio matricial. In: BARCELLOS, W. de S. et. al. (Org.). **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 117-134, 2018.
- DUARTE, M. J. O. Dissidências sexuais, vidas precárias e necropolítica: questões para o Serviço Social. In: LOLE, A. et. al. (Org.). **Diálogos sobre trabalho, serviço social e pandemia**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, p. 55-66, 2021.
- MALTA, D.C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul., 2003.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, p. 103-120, 1998.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

## CAPÍTULO 6

# Preceptoria e tutoria nas residências multiprofissionais em saúde no Brasil: limites, desafios e possibilidades

Sabrina Pereira Paiva<sup>27</sup>

### Introdução

Ao aceitar o convite de apresentar, neste curso, alguns elementos fundamentais, diacrônicos e sincrônicos, que permeiam as funções desenvolvidas por preceptores e tutores no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, deparei-me com a dificuldade de apresentar, de forma sumarizada, no mínimo duas décadas de produção e debate sobre esta temática na área da saúde e também no âmbito do Serviço Social. Sendo assim, optei por estabelecer dois objetivos principais mais amplos, considerando que questões mais densas e maiores detalhamentos de análise poderão ficar para uma segunda edição desse curso, o qual considero fundamental para o fortalecimento e garantia da qualidade da formação profissional de assistentes sociais para a área da saúde, em nível de especialização *lato sensu*.

O objetivo inicial é compreendermos e contextualizarmos as definições, os papéis desempenhados e as relações estabelecidas entre os sujeitos que compõem os programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil, especificamente, tutores e preceptores. No segundo momento, iremos discutir o trabalho desenvolvido por tutores e preceptores e a sua relação com a formação de residentes, tendo em vista os limites e desafios presentes no contexto nacional, como os efeitos do neoliberalismo e da precarização das políticas públicas, em especial de saúde e educação.

Introduzo a nossa discussão esclarecendo como eu me situo neste debate das Residências, com minha bagagem de formação no Serviço Social, mas também como alguém que se formou em nível de pós-graduação no campo da saúde coletiva. Minha formação pode ser situada a partir de dois eixos:- das ciências

---

27 Doutora em Saúde Coletiva- Instituto de Estudos em Saúde Coletiva- UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social - UERJ. Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário/UFJF. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: políticas e direitos (GEDIS/UFJF/CNPq). E-mail: sabrinappaiva@gmail.com

sociais aplicadas- com o Serviço Social; - das ciências da saúde- com a Saúde Coletiva. Comecei minha trajetória como docente em uma Faculdade de Ciências Médicas (FCMS/JF/Suprema), privada, do município de Juiz de Fora, sendo que meu trabalho principal nessa instituição era de tutoria junto aos discentes de graduação, de forma interdisciplinar, em um Programa denominado "Integrador", que reunia estudantes de todos os cursos de graduação dessa instituição em atividades ligadas ao ensino, pesquisa e extensão, situadas em territórios do município de Juiz de Fora/MG, equipados com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desenvolvi a função de tutora de campo neste programa durante dez anos (2005-2015).

Sendo assim, quando retornei para o meu núcleo profissional específico como professora da Faculdade de Serviço Social, em 2015, trouxe muito dessa experiência acumulada no âmbito do ensino da saúde coletiva e com a interdisciplinaridade. Logo, conforme destaquei em artigo anterior (PAIVA, 2018), inseri-me como tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário/EBSERH/UFJF (HU/EBSERH/UFJF). Tal Residência, constituída até o momento por 3 áreas profissionais- Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, iniciou suas atividades em 2016. Minha trajetória nesse programa se faz desde a sua construção, através do exercício de funções diversas: tutora, membro do Núcleo docente assistencial estruturante e professora nas disciplinas dos eixos teóricos (transversal, integrador e específico), além de orientadora de Trabalhos de Conclusão de Residência.

A partir disso, gostaria de salientar um aspecto que considero fundamental, o qual aparece nas pesquisas desenvolvidas a respeito da participação do Serviço Social neste âmbito (CASTRO *et al.*, 2020), é que a função de tutor e preceptor está permeada de limites e de fragilidades políticas, econômicas, éticas, socioculturais, em especial no contexto atual do desenvolvimento do capitalismo no nosso país, que gera impactos nas relações estabelecidas entre pessoas/profissionais e instituições e no próprio entendimento do que significa este tipo de formação especializada em saúde. Mas, a despeito disso, os atores envolvidos fazem uma avaliação positiva dessa participação, no sentido de fortalecimento do próprio trabalho profissional e da formação em saúde.

### **Contextualizando as Residências Multiprofissionais em Saúde e as funções de tutores/as e preceptores/as**

Utilizo como referência para pensar sobre este modelo de formação profissional em saúde, em nível de pós-graduação, o movimento que voltou a florescer mundialmente, especialmente

na década de 1960/70, de crítica ao paradigma biomédico, à formação fragmentada, excessivamente especializada, centrada na doença e no adoecimento, ao invés de ter como centralidade as necessidades de saúde de indivíduos e coletividades. Esse movimento crítico defende que a saúde e a doença são determinados socialmente, o que implica na impossibilidade de entendermos e atuarmos sobre tais processos sem articularmos com os movimentos mais amplos de cada sociedade, com os fenômenos contraditórios que ocorrem no desenvolvimento de cada sociedade.

Considerando a América Latina, podemos dizer que no último quartel do século XX veio à tona um movimento crítico, o qual desaguou na própria construção do campo da saúde coletiva e trouxe força para o desenvolvimento de reformas sanitárias em determinados locais, através da articulação teórico-metodológica dos estágios do desenvolvimento do capitalismo com os processos relativos à saúde e à doença das populações (NUNES, 2007). No Brasil, esse processo vai gerar também muitas linhas críticas interessantes, vivemos 21 anos de uma dolorosa ditadura e esse movimento crítico aconteceu exatamente durante o regime militar, sendo uma luta alinhada aos anseios sociais mais amplos pela democracia. Podemos citar como exemplo dessa perspectiva crítica a palestra de abertura, ministrada pelo prof. Sérgio Arouca, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)<sup>28</sup>, cujo título foi emblemático naquele momento: *Democracia é saúde*.

No contexto nacional, a Constituição Federal de 1988 representou um marco importante para o fortalecimento do debate sobre os direitos sociais, na medida em que incorporou parte das reivindicações sociais quanto à garantia de maiores níveis de participação, democracia e justiça social (SENNÁ; MONNERAT, 2010). É uma Constituição que concilia interesses sociais opostos, e nós sabemos disso, mas tivemos a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi uma vitória da classe trabalhadora, dos movimentos sociais e dos profissionais de saúde. Com o SUS, foi legitimado o entendimento de que a saúde é um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos. Entretanto, essa conquista ocorreu em um contexto de crise estrutural do capitalismo mundial (MÉZSÁROS, 2006), de avanço do neoliberalismo, o que se intensificou no Brasil a partir da década de 1990.

Nesse sentido, é necessário destacarmos que o processo de implementação real do SUS se deu e se dá em meio às disputas entre projetos societários antagônicos, sendo que no âmbito

---

28 Palestra disponível através do link: <https://youtu.be/NtdIGv8mfDI>

do Estado brasileiro percebemos a hegemonia da ideologia neoliberal, que pode ser sentida no desfinanciamento das políticas de saúde, nas parcerias público-privadas, nas privatizações, nas desarticulações internas do projeto da Reforma Sanitária, apropriando-se e impondo modificações minimalistas aos seus princípios fundamentais (BRAVO; MENEZES, 2011; MENEZES; MORETTI; REIS, 2020).

Além disso, entre os elementos fundamentais para a concretização do SUS mantemos a contínua necessidade de investirmos na formação de recursos humanos em saúde. De acordo com análises de amplos setores, o ensino em saúde necessita superar as fragmentações, as dicotomias existentes nos projetos pedagógicos, o biologicismo, o hospitalocentrismo, e a desvinculação dos currículos em relação às necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (HADDAD *et al.*, 2009).

Em nível de pós-graduação, as Residências em Saúde têm se destacado como *locus* privilegiado para formação especializada em saúde, abarcando os mais diversos setores da rede de atenção à saúde. Na década de 1970 foi criado o 1º Programa de Residência Multiprofissional no Brasil, ligado à Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, visando à especialização em saúde comunitária. Este programa é emblemático, na medida em que representou uma experiência inovadora de formação interdisciplinar e em serviço, tendo vagas para médicos, enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; PAIVA, 2017).

Além destas, surgiram outras Residências interdisciplinares e integradas nesse momento, no bojo do movimento pela reforma sanitária brasileira. Mesmo assim, somente a partir dos anos 2000, que tais programas se multiplicaram, tornando-se parte do projeto de reorientação da formação de recursos humanos para o SUS (CECCIM, 2010). A partir daí, o debate sobre as Residências Multiprofissionais difundiu-se de forma mais ampla, tanto no âmbito da sociedade quanto dos movimentos sociais, destacando-se o surgimento dos fóruns ligados à discussão da formação em saúde.

Nesse sentido, passou a ocorrer uma maior articulação inter-setorial e a criação das denominadas “políticas indutoras” no âmbito estatal. Mas, desde já, gostaria de chamar atenção para um aspecto importante dessa história, quando surgiram as residências multiprofissionais, na década de 1970, nós tínhamos ainda a medicina integrada às outras profissões e quando esse caminho foi refeito, nos anos 2000, a medicina não entrou. Então, o que ocorreu? Este é um dos elementos a serem pontuados e trabalhados quando falamos das residências multiprofissionais em saúde.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e, em 2004, a Política de Educação Permanente em Saúde, como estratégias do Ministério da Saúde para fomentar a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Logo em seguida, em 2005, tivemos a lei 11.129. Esta lei que instituiu a Residência em Área Profissional, definida como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. E também foi instituída a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), no âmbito do Ministério da Educação. Ainda no mesmo ano, regulamentou-se a Residência Multiprofissional em Saúde, por meio da Portaria Interministerial n. 2117/2005 (BRASIL, 2005).

A partir daí, percebemos o fortalecimento dos movimentos que envolveram setores sociais diversos visando construir a proposta das residências multiprofissionais, o que possibilitou a construção de Seminários Nacionais e Regionais com o fito de elaborar propostas para balizar os credenciamentos, avaliações e acreditações dos programas, entre outras propostas de organização e legitimação das propostas das residências multiprofissionais (PAIVA, 2017).

Em 2008, a portaria interministerial n° 506 instituiu a carga horária de 60 horas. Esse debate ainda está presente no cenário das Residências Multiprofissionais em saúde, especialmente no contexto de precarização dos serviços de saúde e das políticas de educação. Em 2009, tivemos a portaria 1.077 que criou a CNRMS e o Programa Nacional de Bolsas para as Residências. Nesta portaria ocorreu também uma modificação na composição da CNRMS que foi extremamente criticada devido à redução da participação dos representantes dos fóruns e dos residentes na comissão. Em 2010, tivemos o retorno da participação de representantes de residentes e fóruns na CNRMS, com a ratificação da carga horária de 60 horas, da necessidade de, no mínimo, três profissões para se configurar como multiprofissional e novamente a definição das funções de tutores, preceptores e residentes (PAIVA, 2017).

Essas observações históricas são fundamentais para entendermos a importância das residências multiprofissionais e, ao mesmo tempo, os projetos em disputa no âmbito da formação em saúde, que se materializam, entre outras formas, nas inúmeras dificuldades para a concretização de uma formação integrada, voltada para o SUS, assentada no entendimento ampliado do processo saúde e doença, que promova a qualificação de futuros profissionais especialistas da rede de atenção à saúde e também da própria equipe, a qual está envolvida neste processo de formação.

### Preceptoria e Tutoria: onde estamos? Para onde vamos?

Utilizo aqui como referência para balizar nossa discussão, a respeito das funções de preceptores e tutores no âmbito das RMS, a resolução nacional da residência multiprofissional em saúde, número 2, de 2012. A intenção é partirmos dos parâmetros estabelecidos na legislação e verificarmos, a partir de nossas próprias experiências, onde estamos e como queremos seguir.

De antemão, é importante ressaltar que vivenciamos, em especial a partir de 2010, o avanço ainda maior da precarização do ensino superior e dos serviços públicos de saúde (MENDES, 2013).

Dessa forma, percebemos que as funções estabelecidas para estes atores no processo de formação especializada em saúde são abrangentes, contínuas, semanais e/ou diárias, o que exige envolvimento e carga horária dos profissionais disponíveis para o exercício de tais funções e condições estruturais para o desenvolvimento das atividades.

Importante ressaltar que as funções desempenhadas por tutores e preceptores envolvem algo que Ceccim e colaboradores (2018) denominam de cuidar do aprendizado, ou seja, é no processo de enfrentar os desafios e de sustentar a ação educadora que se faz o papel do tutor e do preceptor. Nesse caminho, devemos entender que junto conosco, tutores e preceptores, existem os/as residentes, e que nesse processo de formação devemos buscar junto com estes atores a produção de cuidado e aprendizagem. Importante ressaltar ainda que a formação em serviço deve ser buscada, cada vez mais, com a autonomia dos residentes, ofertando-lhes o acesso à instrumentalidade, no sentido de que possam construir o trabalho em saúde de forma coletiva, em conjunto com a equipe multiprofissional.

Segundo o artigo 11 da resolução n. 2/2012, a função do tutor se caracteriza por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, a qual deve ser estruturada, preferencialmente, na qualidade de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mestre e com experiência de, no mínimo, três anos (BRASIL, 2012).

Tutoria de núcleo refere-se à atividade de orientação pedagógica, acadêmica voltada às funções do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e pelos residentes. E a tutoria de campo envolve o campo de conhecimento interdisciplinar, buscando a responsabilização compartilhada, o debate entre os diversos saberes que compõem o campo, entre as diversas profissões que compõem as áreas de concentração dos nossos programas (BRASIL, 2012). Neste sentido, quando você se arvora a desenvolver essa função de tutor, necessariamente está se

colocando diante de um conjunto de funções e responsabilidades, para as quais são necessários tempo, condições de trabalho, formação continuada, envolvimento institucional entre outras condições para o desenvolvimento destas funções.

O que está estabelecido legalmente coloca a necessidade de realização de encontros com preceptores e residentes, contemplando todas as áreas envolvidas no programa. Para além disso, temos outras funções, como a organização de reuniões periódicas para implementação e avaliação do projeto pedagógico; a participação no planejamento das atividades de educação permanente, da qualificação dos profissionais de serviços desenvolvidos e de novas tecnologias; a questão da articulação dos preceptores e residentes com outros programas. Por fim, os/as tutores/as devem participar do processo de avaliação do residente; participar da avaliação do projeto pedagógico do programa; orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência (BRASIL, 2012).

E o que cabe aos preceptores? O preceptor tem uma função mais direta de supervisão das atividades realizadas pelos residentes nos cenários de prática, para tanto é exigido que tenha formação mínima de especialista. Este profissional deve ser necessariamente da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. Mas, caso as atividades desenvolvidas pelo residente tenham como área de atuação, por exemplo, a vigilância ambiental, a vigilância sanitária ou epidemiológica, não necessariamente esse preceptor precisa ser da mesma área. Nesse sentido, se o residente não estiver realizando alguma atividade da área profissional específica dele, ele pode ser supervisionado por um preceptor de outra área profissional (BRASIL, 2012).

O preceptor exerce a função de orientador de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas, vivenciadas no cotidiano da atenção e da gestão em saúde. Neste papel, cabe ainda ao preceptor orientar, acompanhar, dar suporte ao desenvolvimento do plano de atividades de residentes. Também elabora, com o suporte do tutor e demais preceptores da área, as escalas de plantões e as férias. O preceptor deve também acompanhar a execução das escalas, facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde e também com os estudantes de diferentes níveis de formação que atuam nesse campo/cenário de prática específico. Além disso, no exercício desta função é desejável a participação em projetos/programas de pesquisa e extensão voltados à produção de conhecimentos e/ou tecnologias que integrem o ensino e o serviço para a qualificação do SUS (CFESS, 2017).

De acordo com a legislação, os preceptores devem também:

- identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes no processo que envolve avaliação continuada;
- participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelos residentes sob sua supervisão;
- proceder a avaliação dos residentes em conjunto com tutores (bimestralmente);
- participar da avaliação da implementação do impacto do projeto pedagógico contribuindo para o seu aprimoramento; e orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência.

Então, essas são as competências que estão colocadas para os preceptores e nós trabalhamos com essas competências e atribuições de preceptor e do tutor (BRASIL, 2012).

Para refletirmos sobre as fragilidades e limites vou utilizar aqui o mapeamento das residências em área profissional e Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (2018) e a brochura publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social (2017).

Conforme já sinalizado, percebemos que as competências e responsabilidades elencadas para os tutores e preceptores se colocam em um contexto extremamente adverso, o que pode inviabilizar o acompanhamento pedagógico cotidiano do processo formativo de residentes inseridos em diferentes áreas. Muitas vezes, percebemos que não há condições de trabalho adequadas para o desenvolvimento do planejamento realizado de acordo com o Projeto Pedagógico do Curso.

Outro dado que aparece nas investigações é que a maior parte dos tutores e preceptores hoje não recebem nenhum incentivo financeiro, ou seja, uma bolsa. Uma grande parcela das pessoas que participaram da investigação também afirma que não há definição de carga horária em seus contextos de trabalho para o desempenho das funções de preceptoria/tutoria. Então, muitas vezes elas precisam encontrar espaços (fragmentados) na agenda para fazer a supervisão com residentes. Ressalta-se também que a sobrecarga de trabalho de preceptores cria barreiras para sua participação em reuniões e outros eventos relacionadas à Residência e ao acompanhamento pedagógico da formação dos residentes, o que significa que muitos tutores/preceptores não conhecem os projetos pedagógicos das residências em que estão inseridos (ABEPSS, 2018).

Outra fragilidade que permanece é a dificuldade de articulação entre as instituições envolvidas na residência, de educação e de saúde. Essa dificuldade de articulação se faz presente no cotidiano da relação institucional e se apresenta até mesmo na concepção diversa de Residência vivida em cada instituição, o que coloca sérios desafios à defesa consistente de uma política

interinstitucional de educação de qualidade, com garantia de condições adequadas para os profissionais e usuários dos serviços. Objetivamente nós não queremos ofertar mão de obra barata que substitua um trabalhador de carreira nos serviços de saúde, queremos ofertar profissionais para se capacitarem e assim poderem ofertar maior qualidade para o SUS. Mas, o fato é que está cada vez mais difícil cumprir tais objetivos.

Há também a dificuldade de construirmos planos de trabalho de forma coletiva. Já não é tarefa fácil a construção de planos de trabalho por categoria, mais complexo ainda é articular os planos de trabalho das várias categorias. Isso porque nós não temos construído esse modelo de trabalho interprofissional na realidade dos próprios serviços de saúde. Ainda estamos vivenciando a construção desse processo. O processo de avaliação tem sido destacado como fragilidade, devido às condições estruturais que colocam óbices ao acompanhamento do processo de aprendizagem dos/as residentes, por ausência de parâmetros pré-estabelecidos e por inúmeras outras razões relativas à dinâmica dos serviços de saúde e educação e ao seu processo de precarização e privatização.

E ainda temos outras questões mais amplas, que são fundamentais, como por exemplo, o esvaziamento do debate das residências multiprofissionais em âmbito nacional. O que isso significa? Quais as implicações desse esvaziamento do debate e para o processo de acompanhamento e acreditação dos programas? Não teremos tempo de tratar esse aspecto no momento, mas é algo muito importante para o debate das residências multiprofissionais no contexto atual.

Enfim, apesar dos pressupostos legais funcionarem como uma imagem objetivo (MATTOS, 2006), no sentido de que é algo que queremos alcançar, é importante destacar que vivemos situações reais e cotidianas de precarização, de fragilidades e limites relativos ao desfinanciamento das políticas de saúde e educação e à manutenção da hegemonia do poder biomédico na área da saúde.

### **Considerações finais**

E, para finalizar minha exposição quero trazer à tona as potencialidades, percebidas a partir de minha experiência como tutora, das residências multiprofissionais em saúde em termos de formação profissional para esta área. Destaco aqui alguns elementos que considero fundamentais nesse processo: - o aprendizado contínuo tanto para tutoras como para preceptoras e residentes, oportunizado pela construção de grupos de estudos sobre o campo, projetos de extensão coletivos e

interprofissionais, produção de eventos de forma conjunta com a participação de usuários e familiares dos serviços de saúde, e também de eventos e cursos produzidos de forma conjunta com outros Programas de Residências Multiprofissionais e Médicas, cursos para profissionais da rede, sobre temas específicos, com acompanhamento de tutores e preceptores, ministrados por residentes. Também devo ressaltar a nossa opção pela utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem nos momentos em que estamos em teorização grupal, e do portfólio reflexivo para o acompanhamento cotidiano do desenvolvimento profissional de residentes. A escrita do portfólio suscita debates em grupos nos momentos de problematização e discussão de casos de forma interdisciplinar, facilita o processo de avaliação do processo ensino aprendizagem dos residentes, de forma individualizada e longitudinal.

Ressalto ainda que o trabalho de tutoria é um dos trabalhos mais potentes que eu já desenvolvi em minha vida profissional. Tem algo que é fundamental que é o aprendizado em relação com o campo da saúde e concomitantemente da educação, de estar próxima da atuação cotidiana de assistentes sociais nos serviços de saúde, de fortalecer a ação educadora a partir desta inserção, considerando que esta se sustenta na tríade tutor-preceptor-residente e desde que fomentada por uma estrutura institucional pública.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social**. Juiz de Fora, 2018. Disponível: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) n. 2** de 13 de abril de 2012.
- BRASIL. **Lei n. 11.129**, de 30 de junho de 2005. Diário Oficial da União, Brasília/DF, jul. 2005.
- BRAVO, Maria Inês. MENEZES, Juliana. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: lgumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Cadernos de Saúde (Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade)**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- CASTRO, Marina M. de C. e; PAIVA, Sabrina P.; DORNELAS, Carina B. de C.; ZSCHABER, Flávia F. Serviço Social e Residências em Saúde no Brasil: panorama nacional. Montes Claros/MG: **Serviço Social em Perspectiva**. N. 4, vol. 2, p. 216-235, 2020.
- CECCIM, Ricardo B. Prefácio. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V. L. **Residências em saúde: fazeres e saberes da formação em saúde**. Ministério da Saúde: Brasília/DF, 2010.
- CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). *Residência em Saúde e Serviço Social: Subsídios para Reflexão*. Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>.
- FERREIRA, Sílvia R.; OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V. L. **Residências em saúde: fazeres e saberes da formação em saúde**. Ministério da Saúde: Brasília/DF, p. 23-4, 2010.
- HADDAD, Ana Estela et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise do período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 3, p. 383-393, 2009.
- MATTOS, Ruben A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores

- que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, RUBEN A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006.
- MENDES, Alessandra G. Residência Multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B., RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Campinas, Papel Social, p. 183-200, 2013.
- MENEZES, Ana Paula do R.; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública- austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. 5, p. 58-70, 2019.
- MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- NUNES, Everardo D. Saúde coletiva: história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão W. de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 19-40, 2007.
- PAIVA, Sabrina P. A formação profissional em saúde no Brasil e o papel da universidade: conquistas, desafios e dilemas. In: OLIVEIRA, L. M. L.; CASTRO, M. M. C.; STEPHAN-SOUZA, A. I. **Formação em saúde: contribuições do Serviço Social para a construção do SUS**. 1ª ed. Curitiba: Editora Prismas, p. 19-49, 2017.
- PAIVA, Sabrina P. O Serviço Social na residência multiprofissional em saúde mental. In: RAMOS, Adriana; Silva, Leticia B.; PAULA, Luciana G. P. de. **Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 203-220, 2018.
- SENNA, Mônica de C. M.; MONNERAT, Giselle L. O setor saúde e os desafios à construção da Seguridade Social. In: BEHRING, Elaine; ALMEIDA, Maria Helena t. **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. Rio de Janeiro: FSS/UERJ; São Paulo: Cortez, p. 193-213, 2010.

## CAPÍTULO 7

# Desafios na formação das residentes assistentes sociais na UFRJ

Débora Holanda<sup>29</sup> & Fernanda Kilduff<sup>30</sup>

A professora Débora inicia com algumas ponderações que atravessam os desafios da formação das residentes da UFRJ, sendo assim, alguns pontos serão traçados para que estes desafios e reflexões aconteçam. O campo de formação é uma grande arena de reflexões que precisamos dialogar sobre elas e problematizar as questões, para melhor formação das residentes.

A conversa de hoje será para refletir sobre os principais desafios da formação das residentes, os quais são divididos em três momentos: os desafios que perpassa a conjuntura, o protagonismo desses atores dentro das Residências, e, por fim, nós temos uma conjuntura que atravessa a formação dos residentes e como esses residentes, preceptores e tutores contribuem nesse processo. Algumas reflexões partem da minha experiência no campo da saúde pública, e também do diálogo com a professora Fernanda que traz uma aproximação junto ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

O primeiro ponto para pensar os desafios na formação das residentes assistentes sociais que estão inseridos no campo da UFRJ, seria identificar se seus desafios não são comuns aos outros residentes. Começando a pensar nestes desafios, identifica-se que eles não só atravessam a formação das residentes da UFRJ, como também a formação dos residentes que são assistentes sociais. Esses atravessamentos tem acontecido o tempo todo, por isso temos que pensar de que lugar estamos partindo. Quais são esses desafios? Será que está claro os desafios que estamos falando? Quais são os desafios que atravessam a formação? Será que temos desafios ou será que estamos resistindo ao processo formativo que tem sido atravessado por conjunturas e por elementos que atravessam o cotidiano do trabalho dos/as

---

29 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 Família e Comunidade (HESFA/UFRJ). Coordenadora do Projeto de Pesquisa Universidade e Saúde (ESS/UFRJ). E-mail: debyholandaufrj@gmail.com

30 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). E-mail: ferkilduff@yahoo.com.ar

assistentes sociais? Outra questão é o que o residente busca: O que essa residente está buscando? Quais são as principais questões vivenciadas pelas residentes? Quais são as questões que são vivenciadas por preceptores e tutores? E, por fim, como a ESS ou como as unidades de formação acadêmica podem contribuir sobre isso?

Depois de elencar as principais questões que atravessam as discussões da Residência, iniciaremos o diálogo elencando alguns elementos que podem, de certa forma, responder ou não a estes desafios. Porque talvez só nos permita analisá-los e não ainda alcançar estratégias de respostas para esses desafios. A busca por capacitação e pelo processo de educação permanente já traz uma sinalização de uma busca de resposta aos desafios que aparecem nas Residências. É através de um processo de educação permanente que podemos fomentar reflexões e discussões que nos permitam olhar para este lugar formativo, e não só olhar para este lugar formativo, mas também sistematizar e refletir sobre os processos que acontecem. Quando se começa a fazer este diálogo precisamos entender os atravessamentos que podem ser os mesmos nas diversas unidades dos programas de residência.

Então, o primeiro ponto para começar a análise conjuntural é identificar a forma que a política de saúde e de educação tem sofrido com significativos retrocessos, os quais rebatem na condição objetiva do trabalho. Quais são as condições de trabalho? Quais são os recursos humanos que os trabalhadores têm vivenciado? Quais são as estruturas das equipes? Vivemos dentro da ofensiva neoliberal que se coloca desde a década de 1990, no contexto do plano de reforma do Estado com Bresser. Neste período, já havia uma agenda neoliberal com fortalecimento das privatizações e também já havia a entrada de modelo gerencial nas conduções das políticas públicas. E esse ponto já é o primeiro atravessador, porque a política de saúde e de educação, dentro desse contexto da ofensiva neoliberal, são as que mais sofrem os efeitos das privatizações, do produtivismo, do gerencialismo, das condições precarizadas do trabalho, dos trabalhadores submetidos a processos de trabalho que os adoecem. Sendo assim, a conjuntura se torna o primeiro desafio posto: analisar a conjuntura para compreender como a política está sendo operacionalizada.

Quando pensamos em política de saúde e vemos a privatização acontecendo nos Hospitais Universitários (HUs), que estão dentro de duas políticas (política de saúde e a política de educação), este sinalizador é um elemento basal para começar a reflexão sobre a residência; porque vai interferir na condição do residente

e na condição da realização do processo formativo. Se temos a precarização do trabalho, o assistente social que executa a preceptoria e/ou que executa a tutoria, e/ou que está envolvida dando suporte a equipe, essa trabalhadora sofre com essas condições. Então, esta privatização na saúde e na educação já traz o primeiro elemento que temos que considerar.

Outro ponto importante é a redução dos gastos com essas políticas. No atual contexto, por exemplo, a UFRJ está vivenciando um problema de ordem orçamentária e os efeitos repercutem diretamente em suas unidades de saúde. Além disso, o processo de descentralização se coloca como outro ponto, isto é, com a entrada da iniciativa privada, o Estado se desresponsabiliza do seu papel na condução da política de saúde e de educação. Quando observamos os HUs e começamos analisar os elementos que atravessam essa formação, a análise da conjuntura é essencial. É como se fossemos fazer uma grande análise desta instituição, não podemos analisar esta instituição sem reconhecer a totalidade que ela se insere, então, se temos uma política de educação e de saúde que constantemente tem sofrido com a dinâmica de produtivismo, de terceirização e de privatização, esses elementos irão rebater diretamente no trabalho formativo realizado na residência.

Um segundo ponto importante a se considerar, ainda dentro da dinâmica da conjuntura e da análise do lugar dessas unidades, é a dinâmica do gerencialismo. O modelo gerencial acaba atravessando este processo formativo. Se temos que produzir metas, produzir resultados e se existem expectativas de resultados, tais questões rebatem no produtivismo dentro das unidades que não permite uma reflexão entre a relação teoria e prática. Porque as trabalhadoras ficam na dinâmica daquela prática que necessita responder às demandas emergenciais que aparecem no cotidiano e, em consequência, a reflexão não acontece.

Assim, quando se analisa o primeiro ponto considerando os desafios, a conjuntura é o primeiro passo. Pois, é a partir da conjuntura que se consegue elencar e entender como está organizado os processos de trabalho dentro dessas unidades e, como esses processos de trabalho estão preparados para receber as residentes. Será que dentro da dinâmica dos processos de trabalho existe essa preparação?

Quando dialogamos com estas estruturas, reconhecemos também que em cada unidade têm as especificidades em sua dinâmica operativa, mas, por mais que essas unidades tenham suas singularidades, existe uma constante necessidade de construção coletiva das propostas dos residentes. É a partir de uma construção coletiva que conseguimos fomentar elementos

que permitam uma formação que atenda os critérios críticos e reflexivos, e não uma configuração que reproduza um trefismo dentro das residências. Sendo assim, é importante quando nós elencamos os elementos da conjuntura e reconhecemos os processos de trabalho que as unidades têm vivenciado, pois é essa construção coletiva que nos permite superar a lógica de que os residentes são mais uma força de trabalho dentro daquele espaço ou dentro do processo formativo. Também se insere neste contexto o planejamento, no qual sempre necessita respeitar as singularidades das unidades e que necessita também serem sempre compartilhados com a escola ou com a unidade de formação acadêmica. Quando começamos a olhar a inserção tanto da residente quanto do preceptor e do tutor veremos que suas inserções são atravessadas pela conjuntura; pelas condições objetivas da realização do trabalho, pelos processos de trabalho, portanto, é necessário refletir a forma que esse processo de trabalho tem acontecido.

O terceiro ponto que eu gostaria de trazer é sobre a construção da inter e/ou multidisciplinaridade. É na construção multi e interdisciplinar que se promove um diálogo e que busca-se diferenciar essa as relações hierarquizadas que muitas vezes caracterizam os processos formativos. Quando pensamos na dinâmica das residências multi, é na perspectiva de que elas contribuam para uma discussão mais coletiva sobre o cuidado em saúde, isto é, na forma que nós construímos este cuidado. A interdisciplinaridade, que vai atravessar o processo de trabalho dentro da residência, precisa de diálogo, de questionamento, de troca e de inovação. É como se tivesse um grande círculo, onde as conversas acontecem em prol de uma construção de um cuidado coletivo, cuidado esse que vai trazer a preocupação com a integralidade, em compreender onde esse sujeito está inserido. Não podemos olhar a conjuntura, os desafios de cada unidade e ficarmos inertes a tais situações, precisamos estar atento para que essas conversas aconteçam. Não podemos olhar a conjuntura sem olhar esta aproximação com a instituição e, nesta dinâmica, começamos identificar estes desafios.

A partir deste movimento, conseguimos olhar a conjuntura, os rebatimentos dessa conjuntura na agenda da instituição que a trabalhadora está inserida e os rebatimentos nos processos de trabalho. Nesse processo percebem quantos elementos foram dialogados sobre a conjuntura? E o residente está inserido nesta arena e, dentro dela, eles ainda buscam descobrir o seu lugar dentro do processo formativo. Por isso, a importância de olhar cuidadosamente para a Residência elencando elementos conjunturais e as especificidades de cada instituição - entendendo

como essa conjuntura rebate em cada espaço sócio-ocupacional e, como esse atravessamento vai rebater na discussão da interdisciplinaridade ou no trabalho coletivo em saúde. Porque a Residência Multiprofissional traz justamente esse tom de diálogo, e nós precisamos disso: de um diálogo não fragmentário que construa uma conversa e que fomente uma relação de troca no campo da saúde. Então, é a partir deste movimento que conseguiremos alcançar, ou melhor, elencar possibilidades da construção de um trabalho coletivo dentro da residência.

Outro grande desafio é esse confronto que vai ser recorrente no cotidiano, a/o assistente social vai precisar confrontar esse título de especialização que se coloca na saúde dentro da relação hierárquica, em que existe uma separação nas dimensões do processo de ensino que, na verdade, é um questionamento, é um movimento para problematizar este processo que fragiliza e fortalece essa especialização. Pois isto tende a uma burocratização e uma mecanização dos processos em saúde, e não é isso que se espera do processo formativo da Residência. O processo formativo da residência tem que possibilitar uma leitura crítica da instituição, uma leitura crítica da conjuntura, dos seus rebatimentos e uma leitura crítica dos processos. O residente chega ao lugar do estranhamento, e é o estranhamento que faz com que os questionamentos aconteçam para que haja a tentativa de superar essas especializações.

Então, anteriormente, eu elenquei como um dos pontos: como os Programas de Residência Multiprofissional e os assistentes sociais podem contribuir para essa religação de saberes? Como o cotidiano da Residência interdisciplinar e interprofissional pode fomentar esses saberes?

Dentro dessas agendas citadas, onde a conjuntura atravessa os processos de trabalho e o funcionamento destas instituições, onde os processos de trabalho precisam ser rediscutidos para que os/as residentes possam contribuir nestas discussões, neste contexto, como o/a residente pode contribuir no fomento da discussão e da troca de saberes para construção de um trabalho mais interdisciplinar no cuidado em saúde? Será que é possível fomentar? Será que conseguimos alcançar o fomento dessas discussões ampliadas que vislumbram um cuidado coletivo, um cuidado em saúde que trate da perspectiva da integralidade?

E com os pontos acima citados, começamos a pensar os desafios destes/as residentes. Se temos a conjuntura que atravessa o processo de trabalho que rebate diretamente nos preceptores e dos tutores, os residentes também sofrerão com esses rebatimentos. Ou seja, os residentes também terão muitos desafios. O primeiro desafio será a inserção dos residentes dentro do corpo

das equipes. Como essa residente vai agregar, como ela vai fomentar as discussões? Porque elas estão chegando num lugar de curiosidades destes processos. Então, quando se vai pensar os desafios da Residência o primeiro ponto é pensar como que eu faço o processo de inclusão da residente? Muitas vezes as equipes já tem a sua organização e a sua dinâmica estabelecida. No contexto da pandemia, por exemplo, as equipes não só reinventaram os processos, mas resignificaram-se. E como a residente se encaixa neste contexto, como a residente agrega no coletivo da equipe?

Pensando nesses desafios que vão aparecer para as residentes, este é um deles: é este lugar. Como as equipes podem contribuir com essas discussões e/ou fomentar a possibilidade de que esse lugar não fique tão solitário? É através de uma ambiência e de uma imersão das residentes dentro dos processos. Porque é exatamente nesse acolhimento inicial as residentes que muitos desafios já se colocam desmontados, ou seja, porque é a partir deste acolhimento inicial, em que permite o residente conhecer esse lugar e fazer a imersão dele dentro dos processos, permite a própria residente identificar e/ou construir a sua própria identidade. A identidade da residente que é a do lugar formativo, incluindo eles nos processos de co-responsável pelo planejamento dos processos das residências. A inclusão do residente dentro desses processos fomenta o lugar de identidade deles, que não traz as mesmas questões do assistente social que está atuando, em muitos momentos traz questões diferenciadas, e nós temos que ter um olhar atento para envolvê-los as nesses processos, pois as escolhas do planejamento rebatem diretamente na formação e no processo formativo dessas residentes.

Então, não tem como pensar o planejamento das ações nas Residências sem reconhecer as singularidades das residentes. Em cada ciclo temos residentes diferentes, com envolvimento diferentes, com posturas diferentes e é no reconhecimento destes ciclos que as agendas do planejamento têm que acontecer. Alguns momentos pode ser que alguns temas ganhem evidências no debate do planejamento da Residência, em outros momentos outros temas ganham. Então, quando pensamos os desafios que são atravessados dentro da dinâmica da instituição e, quando pensamos estes desafios debatendo nos/nas residentes, temos que envolvê-los nestes processos.

O Fórum do Serviço Social das Residências da UFRJ nos permite fazer esse lugar formativo, este lugar de troca em que as residentes podem se sentir acolhidos, ou melhor, que eles podem colocar as questões que transitam sobre a sua formação. Em muitos momentos os residentes podem expressar suas angústias

e frustrações como, por exemplo, expressar que “sentem que ainda estão na graduação”. No Fórum da Residência que nós temos a potencialidade do lugar de troca, a potencialidade para discutir os processos formativos das Residências e, se fazemos o planejamento dos processos de trabalho de forma verticalizada, logo, não estamos trabalhando com a ideia de co-responsabilizar essa residente dentro do seu processo formativo. Então, quando começamos a pensar sobre esses desafios que atravessam as residentes nesses espaços, como o Fórum, as discussões começam a se disseminar para fomentar um planejamento que contribua com esse processo formativo. Nesse contexto, as questões trazidas nas reuniões podem ser distintas, por isso a necessidade de dar vozes a esses sujeitos para tornar possível a construção do processo da Residência que qualifique este processo formativo para as residentes.

Uma questão que eu tenho muita dúvida é sobre o que estamos vivendo na Residência? E aí, eu percebo que a resistência na Residência se torna uma força em potencial dentro dos processos de trabalho, pois é através da resistência que se pode fazer e fomentar reflexões críticas sobre a importância da residência dentro dos espaços ou dentro dos serviços. A Residência é um canal de formação, não só para os residentes, mas também um canal de formação para os preceptores e para os tutores que, de certa forma, continuam dentro desse processo de educação permanente. Porque é através da educação permanente que se consegue fomentar reflexões e sistematizações sobre os processos, se não, acaba-se entrando dentro de uma dinâmica de um produtivismo institucional. Se temos uma dinâmica de produtivismo e de gerencialismo que atravessa os processos de trabalho, o residente acaba entrando na mesma lógica se não fizermos o movimento de refletirmos sobre o planejamento da construção desta residência. Então, quando buscamos resistência na Residência, significa resistir ao lugar do residente como processo formativo e não como mais uma mão de obra dentro dos processos de trabalho. Assegurando ao residente, não mais uma força de trabalho ou ser estagiário ou ser um profissional em treinamento, mas sim, ser aquele/a que está para contribuir não só no processo formativo da própria Residência, mas também no processo formativo de educação permanente das equipes que desenvolvem esse trabalho.

Outra questão importante para falarmos dentro desta estrutura é o protagonismo das R2. Quando estamos na dinâmica dos R1, as residentes estão ainda no lugar de construir a sua identidade na Residência, mas quando vamos para a dinâmica das R2 já há uma apropriação, isto é, já há um protagonismo que pode ser

muito importante para a construção do processo de trabalho das equipes. Porque a R2 já conhece o campo de trabalho, portanto está construindo um protagonismo que ultrapassa essa dimensão do estranhamento. Desta forma, podem propor e contribuir para as agendas das equipes. Esses atravessamentos com os processos de trabalho se dão na formação do processo de educação permanente que permite não só a residente estar na formação, mas permite às equipes estarem dentro da dinâmica de reflexão.

Sabemos que as residentes sofrem com este processo de carga horária, e é uma questão que rebate muito na reflexão desses processos formativos, pois acaba sobrecarregando muitas residentes. Neste contexto, devemos ter uma organização vinculada as melhores condições dessas residentes que, na pandemia, vivenciaram questões que talvez ainda não haviam sido vivenciadas na residência, então, existe uma bandeira e uma necessidade de refletir sobre o lugar, a partir da reflexão do reconhecimento destes desafios que transitam o lugar da residente no campo, e muitos desses atravessamentos rebatem no processo de trabalho das equipes que fazem esse trabalho.

Pensando nesses desafios que já identificamos (conjuntura, lugar da residente, etc.), e que se colocam na direção da equipe, indaga-se: Será que é fácil para o preceptor? Será que é fácil para o tutor e o orientador de serviço? Essas trabalhadoras também sofrem desafios, porque não só contribuem para a Residência, como também continuam contribuindo dentro dos processos da equipe: no planejamento, no processo de trabalho, na organização das práticas, no desenvolvimento da rotina de trabalho. Portanto, esses atravessamentos também perpassam os preceptores e tutores. Eu penso que não é só uma preceptoría que terá a função de tentar organizar os processos de aprendizagem, mas, na verdade, a preceptoría também deve refletir com os residentes sobre esses processos, e isto perpassa pela preceptoría e pela tutoría. A reflexão desses processos para o planejamento dentro da residência tem que estar prevista, porque é só a partir desse movimento de refletir sobre essa realidade, que no caso é a Residência, que a gente consegue elencar bandeiras ou reflexões importantes para superar esses desafios.

Se nós executarmos meramente uma proposta sem problematizar sobre ela, talvez não alcancemos o real propósito do processo formativo que a gente deseja na residência. Então, o preceptor está "ali" fazendo aquela ponte da relação da supervisão docente, que não tem que ser algo verticalizado, pelo contrário, ele parte de uma relação de horizontalidade deste trabalho. É um trabalho que tem que ser construído horizontalmente.

Outra questão que vai aparecer é: quais são os desafios dos preceptores? Será que só o residente tem desafio? Não! Os preceptores e tutores também têm desafios. A primeira questão que transita para o preceptor/tutor: será que eu estou capacitado para estar nesse lugar de tutoria? Será que eu não preciso de uma formação para fazer esse trabalho? Como é que eu preciso cuidar desse aprendiz? Será que não estamos em um processo de engessamento ainda com base no modelo da formação de graduação? Será que tem que desenhar algo nesse sentido? E aí, a gente percebe que muito se esbarra nas questões que eu acabei de apresentar com relação aos desafios do residente. Essa ideia de que “tem que estar pronto” ou de que “eu estou pronto para ser tutor/preceptor” deve ser problematizada na verdade; já que esses lugares são um processo construídos coletivamente, não tem que estar pronto.

Então, o primeiro desafio quando analisamos esse lugar é pensarmos sobre como precisamos fazer um trabalho coletivo, como precisamos consolidar ações que fomentem a projeção de um planejamento em que todos os atores do processo formativo contribuam com a formação. Porque, senão estaremos sempre em busca do ideal, em busca de algo que não vai ser alcançado, porque o movimento do real não vai permitir o alcance dessa ideia de que “tem que estar pronto”.

Como é que a gente vai fazer uma leitura a partir de uma perspectiva de totalidade, se engessarmos o olhar sobre a residente ou engessarmos o lugar da tutoria? Não podemos pensar dessa forma, apesar de transitar, e essa é uma das questões recorrentes quando a gente começa a conversar sobre o lugar da residente, o da preceptoria e da tutoria. Acho que precisamos superar esse lugar de engessamento de que a residente ainda está “ali” naquele processo formativo como se fosse aluno de graduação.

Não dá para dizer que existe um lugar pronto para a residente, preceptor e para o tutor, esse lugar está em movimento. Olhe um exemplo real do movimento: a pandemia. A pandemia exigiu que as equipes tivessem que refletir sobre seus processos de trabalho, e que construíssem outras propostas de intervenção. Então, esse movimento do real, e aí pegamos novamente a discussão da realidade: como que eu olho pra essa realidade? Como eu posso projetar a compreensão desse real? Eu vou me basear nesse real só ali na aparência do que está posto: “ah o tutor vai fazer isso, o preceptor vai fazer aquilo, o residente faz isso”. Não! Isso é dinâmico. O real tem movimento, e esse é o movimento da dialética. Se a dialética nos permite compreender o movimento do real, é a partir disso que nós construímos o planejamento da Residência, é a partir dessa agenda que se

torna possível refletir sobre esse real. O que esse real tem que ter quem? Os atores. É preceptor, o é tutor, e é o residente. É nessa construção coletiva de leitura da realidade que nós conseguimos alcançar um processo formativo que supere o engessamento.

Eu fiquei me perguntando: deve ser muito tranquilo a gente falar que é só superar, vamos fazer o trabalho coletivo. Não, não é tão simples assim. E aí, eu fiquei pensando "como é que a Escola de Serviço Social da UFRJ pode contribuir com isso? Como é que a Escola de Serviço Social ou as unidades de formação acadêmica - e ultrapassando a dimensão da escola de serviço social, mas entendendo como as unidades de formação acadêmica - podem contribuir com isso? Como o projeto pedagógico nos orienta para conseguirmos contribuir com esses processos de formação pedagógica?

É através da sistematização e das agendas de questões reguladas a esse residente. É a partir das sistematizações e dos exercícios de reflexão sobre o processo formativo das Residências que conseguimos criar e planejar estratégias juntos, ou seja, criar e pensar novas possibilidades para esse processo formativo. Então, a residência não tem um modelo pronto, não existe uma receita do bolo de como vai ser essa residência, porque cada residente vai dar o tom nesse processo formativo, ou melhor, vai contribuir com esse planejamento da Residência. E aí, eu fiquei me perguntando como que damos conta disso? Será que devemos criar um núcleo de apoio à residência multiprofissional? Ou criar e fomentar a problematização? Será que é só isso? Na verdade, é muito mais do que isso, porque tem questões que as unidades de formação acadêmica têm um compromisso. Qual é o tripé que comporta a unidade pública no Brasil? Ensino, pesquisa e extensão.

É só um ensino de cima pra baixo? Um ensino verticalizado que a gente vai "lá" e fala: "olha, vai ser sobre isso aqui." Não! É um ensino que permita também uma reflexão e uma problematização do real. E a escola e as unidades de formação têm esse compromisso com a formação de fomentar o ensino, de fomentar a pesquisa - e a pesquisa está dentro também desses processos de sistematização -, e de fomentar a extensão. Quando fazemos o movimento com curso de capacitação no eixo da residência, nós fomentamos não só a extensão, fomentamos também reflexões sobre os processos que, às vezes, estamos presos na aparência, que não nos permite compreender as reais questões que atravessam o cotidiano desse trabalho que atravessam a realidade dos residentes, dos tutores e dos preceptores. Então, é um exercício cotidiano refletir sobre a realidade. Isto é, refletir sobre a realidade vai ser um movimento do real.

Ana Vasconcellos, fala da prática reflexiva no serviço social que é justamente o movimento de refletir sobre o que a gente tem feito. E como isso é difícil! E como o processo é árduo! Porque somos atravessados por elementos da conjuntura que rebatem diretamente no produtivismo, no gerencialismo, no tarefismo. Então quando começamos a pensar como essa unidade de formação acadêmica pode contribuir para os projetos pedagógicos ou até mesmo para o processo formativo da residente.

Nosso desafio então é refletir como o processo formativo precisa ser construído. Eu não posso pensar o processo formativo como se fosse um trabalho solitário, nós precisamos dos residentes, da orientação do serviço, da tutoria e das preceptorias para construir esse processo pedagógico formativo qualificado, crítico e interdisciplinar. Porque se fazemos um trabalho que a residente vai pra para um lado, o tutor e o preceptor também vão em direções diferentes, vai pra para um lado, o preceptor vai pra outro lado; e ainda a orientação fica no meio do caminho, nós não daremos conta de uma base formativa, tendo em vista que a base formativa da Residência precisa dos atores: precisa do protagonismo do residente, do tutor e do preceptor.

É através do protagonismo desses atores que conseguimos fomentar uma residência crítica ou permitir que essa residência realmente contribua com a formação. Então, essa é uma das preocupações que precisamos ter, e não só nesse sentido, e aí eu retomo a ideia de que precisamos ter uma base horizontalizada. Nós não trabalhamos com uma base verticalizada, em que um dos atores tem uma relação de saber sobre o outro, esse é o primeiro desafio que temos que superar, isto é, devemos construir uma relação horizontalizada sobre esse processo formativo.

Eu trago algumas reflexões para a gente pensar como que conseguimos contribuir para problematizar esses processos formativos, pensando o lugar da unidade de formação, na perspectiva da totalidade. Como conseguimos fazer a interlocução dos projetos de Residência com as diretrizes curriculares e com as condições de trabalho em saúde na política de saúde? Isso já foi uma discussão que eu falei. Como vamos analisar a residência sem reconhecer os elementos que interferem nesse processo formativo? Só iremos reconhecê-los a partir do momento em que se faz esse desenho de olhar para a residência e de entender que essa residência está em construção, e essa construção é coletiva. Então, não tem como pensar essa interlocução permanente desses processos, sem reconhecer as condições de trabalho na saúde. Como estão as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde hoje? Quais são as condições de trabalho que atravessam a vida do residente hoje? Porque muitas dessas questões são comuns, outras não, mas algumas sim.

Outro elemento pra gente pensar, e aí pensar nesse lugar da unidade de formação, seria com relação a essa ideia de estratégia de formação de recursos humanos no SUS, partindo dessa perspectiva de intersetorialidade, interdisciplinaridade e de forma permanente. Qual é o perfil do profissional assistente social que está sendo formado na residência? Como está nossa formação? A formação fomenta um perfil de profissional crítico e propositivo? Um perfil de profissional investigativo? Isso são elementos que nos permitem fazer uma reflexão sobre os desafios que tem atravessado o trabalho. Se temos conseguido qualificar o processo formativo de recursos humanos na residência no SUS elencando intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade do cuidado, e reconhecendo que esse trabalho em saúde é coletivo, nós já conseguimos trazer uma dinâmica formativa na residência que vai rebater nos próximos anos que virão no SUS. Então esses são elementos que temos que reconhecer.

Outra questão essencial é problematizar sobre as condições de trabalho precarizadas nas residências. Esse lugar de que o residente acaba ocupando uma vaga decorrente de uma ociosidade dentro das equipes, não é o que nós preconizamos no modelo de residência, ao contrário, preconizamos uma Residência em que o/a residente contribua com os processos formativos de trabalho. E não que ele venha fazer mais uma resposta, não que ele venha a ser mais uma execução de trabalho tarefa dentro da residência ou pragmática. É só a partir dessas reflexões, e esse é um compromisso das unidades de formação.

Essa problematização sobre o lugar da Residência, ela é atravessada por essa preocupação das unidades de formação. São as unidades de formação que têm que trazer esses elementos para nós refletirmos. Como é que esse residente está sendo inserido? E aí eu retomo a discussão que eu falei: a identidade do R1 quando ele entra na residência e o lugar do R2 dentro desse processo. Então, eu só consigo falar sobre as condições de trabalho do residente, se eu envolvo eles no processo. Eu não posso falar que eles vivem determinadas questões, por que se eu não os envolver, eu não estou partindo de uma perspectiva de totalidade para fazer a leitura da realidade da Residência, e isso são leituras que as unidades de formação têm que estar, de certa forma, contribuindo com essa reflexão. Nós conseguimos consolidar isso nos fóruns dos residentes, quando permitimos que os residentes possam falar sobre o lugar e a forma em que eles estão inseridos na residência.

Outra questão que é importante, e aí pensando essas contribuições, é justamente tentar transformar as práticas hegemônicas. Retomando a discussão da interdisciplinaridade, desse

reconhecimento das práticas. Na saúde entende-se que a ideia de que uma prática se sobrepõe à outra, principalmente se partirmos de uma relação hierarquizada do saber médico como um saber hegemônico. Essas estratégias de transformação se tornam necessárias, porque permitem a superação dessa prática hegemônica. É através do reconhecimento do lugar dessa equipe e de como esses residentes se inserem que iremos avançar em uma práxis coletiva na saúde. É somente a partir dessa práxis coletiva que conseguimos identificar os processos e contribuir com eles, e essa contribuição ela vai acontecer através dos diálogos e da troca de saber das relações que se estabelecem diretamente no campo. Então, a contribuição das unidades de formação acadêmica se dá, justamente, na tentativa de fortalecer as equipes para superar as práticas conservadoras que são arraigadas nas instituições, e as práticas hegemônicas.

Outra questão importante, e aí pensando nesse lugar da educação permanente, é como que essa educação permanente pode contribuir, através do processo de atividade planejada tanto com os tutores quanto com os preceptores e residentes, para fortalecer o reconhecimento desse trabalho. E aí, às vezes, quando falamos em reconhecimento envolve também em reconhecer a carga horária. Como está organizada esta carga horária em que o residente está inserido? As UFAs (Unidades de Formação Acadêmica) também enfrentam este problema em relação a carga horária dos docentes, para que os docentes possam estar disponíveis para a residência. Porque foi o que eu disse anteriormente, esses atravessamentos da conjuntura perpassam também o trabalho docente. Esse modelo remoto é o exemplo mais recente que nos mostra como esse trabalho docente tem sido atravessado. Então é importante que, dentro da discussão da Residência, os profissionais que estão envolvidos na formação da residente tenham o reconhecimento dessa carga horária de trabalho com a residência, porque essa carga horária implica na construção de propostas.

Quando se tem essa carga horária docente que não está reconhecida, principalmente, no âmbito da pós graduação - por conta de a Residência estar como *lato sensu* -, o professor que está na Residência é como se fosse "quebrar um galho". E isso faz com que esse trabalho fique cada vez mais defasado dentro desse processo. Então é importante que o reconhecimento da carga horária dos atores envolvidos na residência seja legitimado dentro dos processos de trabalho, porque só a partir dessa legitimação nós teremos como consolidar propostas que se comprometam com o processo crítico formativo.

Outro elemento importante, e aí pensando a forma que essa unidade de formação pode contribuir com as unidades que recebem as residentes, é estimular a publicação e valorizar esse processo de sistematizar essas práticas, de refletir sobre esses processos, e trazer isso como uma produção daquilo que foi feito, daquilo que tem sido executado no âmbito do espaço sócio-ocupacional. Como é que esses profissionais têm se inserido? É muito válido esse processo de sistematização, porque é através da sistematização que conseguimos olhar para si, e avaliar como aqueles processos têm dado conta ou não têm dado conta, talvez.

Outra questão importante, e aí pensando nas UFAs, é o seu papel na formação dos tutores e preceptores valorizando o espaço dos cursos, das reflexões e das reuniões dos fóruns que permitam o diálogo para fomentar discussões que ultrapassam esse lugar apenas formativo e engessado. Porque é nessas conversas e nesse diálogo que se consegue construir propostas inovadoras no processo formativo da residência. Então quando começamos a pensar sobre essas reflexões da residência - e aí são questões para problematizarmos sobre elas - um outro elemento que é interessante também para pensar essas unidades formativas se referem a relação dos espaços de debate. O que tem sido debatido como produto final dessa residência? O que está sendo produzido ao final da residência? Quais são as produções que estão em tela na residência? O que se tem discutido na residência, porque isso pode estar refletindo nos trabalhos de conclusão de curso. Será que a gente tem refletido sobre as práticas? Quais são os debates que têm atravessado os trabalhos finais das residências?

Outra questão: o estímulo aos fóruns e aos espaços de debate coletivo. A unidade de formação tem o compromisso de problematizar a formação. E esses fóruns e outros espaços coletivos são essenciais para construirmos uma residência comprometida com as propostas da ABEPSS e com o conjunto CFESS/CRESS. São nesses espaços que começamos a refletir sobre o lugar da residência.

Ademais, reforço que os planejamentos devem ser horizontais. De fato, é difícil fazer o planejamento horizontal, porque, às vezes, somos atravessados por precárias condições de trabalho. Mas é nesse planejamento horizontal que fomentamos a participação e que construímos relações de vínculo e de confiança, que são fundamentais para a construção de um trabalho que vai além do lugar de mera execução na residência.

Outro elemento importante, e aí pensando como as Residências são uma ferramenta de potencialização de reconhecimento do

trabalho do assistente social, dentro da política de saúde, não só de reconhecimento, mas também de valorização desse trabalho. E como vamos fazer essa valorização? Lembra que eu fiz uma pergunta anteriormente: como é que o residente assistente social pode contribuir dentro dessa troca e dessa religação dos saberes? É uma agenda conflitante, mas podemos contribuir no trabalho inter, até porque temos esse compromisso com o código de ética de estar fomentando as discussões. E muitas discussões, que atravessam a formação do assistente social na graduação, não aparecem em outras graduações. Como podemos potencializar esse lugar de troca? Então, quando pensamos na contribuição desse residente como ferramenta, é justamente não só no reconhecimento desse assistente social, no estabelecimento das relações de confiança e de valorização desse trabalho, mas também como ferramenta de potencialização de um trabalho coletivo.

Outro ponto é: como podemos construir espaços coletivos que garantam direitos trabalhistas para as residentes? Sabe-se que os direitos trabalhistas da classe trabalhadora como um todo tem sido desmontados e destruídos por uma onda avassaladora sobre esses direitos. Então, precisamos estar dentro desses espaços coletivos fomentando reflexões, sobre os direitos trabalhistas, sobre a participação ativa dos residentes nos fóruns e nos movimentos sociais que defendem o SUS, porque também, precisamos estar comprometidos com essas bandeiras que, de certa forma, nós nos envolvemos dentro da política de saúde.

Outro ponto, é garantir o debate e a defesa de condições éticas e técnicas para a realização da residência. Como é difícil garantir e propiciar espaços para defesa dessas condições éticas e técnicas. Dentro do contexto das instituições, o trabalho da equipe já é atravessado por essas questões, então, como podemos fomentar isso? Vamos fomentar através da articulação e do apoio do conjunto CFESS/CRESS, no processo formativo das residências.

Outro elemento que tem que ganhar visibilidade na pauta de preocupação dentro do planejamento da residência é com relação a carga horária e a defesa do plano com relação a licença saúde. Sempre quando pensamos na pauta que atravessa os desafios do residente, devemos analisar a discussão da carga horária, porque, às vezes, a carga horária impede que esse residente participe do Fórum Nacional de Residência, então, isso acaba impedindo que a gente dê protagonismo para a/o residente.

Outro ponto importante é tentar sempre - numa tentativa constante de superar e problematizar esse lugar hierarquizado

- fomentar essas relações horizontalizadas. Como eu já tinha falado, não tem como pensar as residências (e aí partindo da unidade de formação acadêmica) de uma maneira verticalizada, pelo contrário, precisamos reforçar o protagonismo horizontal. Essa visão hierarquizada atravessa muito os serviços, seja na saúde, seja no sociojurídico, seja em qualquer espaço, e nós sabemos que isso se apresenta e cabe, dentro da proposta da residência, às unidades de formação acadêmica trazerem essas bandeiras de reflexão.

Outra questão para pensarmos, é a construção e fortalecimento de estratégias que estejam alinhadas ao projeto ético político e a reforma sanitária, tentando efetivar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. A bandeira de defesa do SUS público e estatal contra a privatização e desfinanciamento se torna central, porque esse é o primeiro ponto de partida para nossas reflexões. E esse projeto de formação crítico precisa do protagonismo e do envolvimento desses atores na construção coletiva das propostas da residência.

Por fim, qual é o papel fundamental dessas UFAs? O papel fundamental está dentro das dimensões: teórica-metodológica, investigativa, ético-política e técnico instrumental. É a partir dessa problematização do cotidiano dessas particularidades que cada residência tem que podemos elencar elementos de análise de conjuntura e seus desdobramentos nos processos de trabalho institucionais. Além disso, o compromisso das Unidades de Formação Acadêmica é contribuir com essa problematização, é pensar formas de orientar essas relações com outras profissões para configurar a Residência multiprofissional, e que não seja só crítica e propositiva para o Serviço Social, mas seja crítica e propositiva para os profissionais da saúde.

Eu trouxe uma frase da Cora Coralina para fechar a reflexão: "Feliz aquele que transfere seu saber e aprende o que ensina". A Residência é bem isso. A Residência não é só uma transferência de conhecimento, mas é um processo de aprendizagem constante. Obrigada!

## CAPÍTULO 8

# Formação profissional em saúde: os impactos da pandemia nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ

Rachel Gouveia Passos<sup>31</sup>, Amanda de Almeida Sanches<sup>32</sup>,  
Paulo Sergio Pereira Filho<sup>33</sup> & Sandro Mattos<sup>34</sup>

### Introdução

Desde de março de 2020, a população mundial vive uma crise sanitária ocasionada pela pandemia da COVID-19, cujo índice de letalidade demonstrou ser fatal. Tal problemática atravessou - e segue atravessando - as instituições e as demandas sociais do campo da saúde. Nesse contexto, há o aprofundamento das desigualdades, pois, em uma sociedade de classes, o direito à vida está diretamente relacionado com a contradição capital x trabalho (MATOS, 2020). Desta forma, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, os quais fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), são importantes estratégias que potencializam o cuidado em saúde, principalmente em um contexto de pandemia.

A partir das mudanças ocorridas nos equipamentos de saúde e nas unidades formadoras, realizamos a pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes* que teve o objetivo de identificar os impactos da pandemia na saúde e na formação das assistentes sociais residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PRMS/UFRJ). A partir

---

31 Professora do Curso de Graduação e Coordenadora da Coordenação de Capacitação Continuada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CCC/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). E-mail: rachel.gouveia@gmail.com

32 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). E-mail: sanches.aamanda@gmail.com

33 Assistente Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Ex-bolsista de Iniciação Científica. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ). E-mail: pspf19@gmail.com

34 Discente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: sandrobarbosa51@yahoo.com

da compreensão de que o processo de aprendizagem deve estar em constante interlocução com as mudanças provocadas pela conjuntura, a pesquisa buscou coletar informações acerca da formação profissional das assistentes sociais residentes no período de pandemia. Destacou-se não só as principais estratégias criadas para a manutenção da qualidade das aulas, como também as principais dificuldades vivenciadas pelas pesquisadas.

Portanto, o presente capítulo apresenta os dados que demonstram as dificuldades e desafios enfrentados pelas assistentes sociais residentes no processo de formação em saúde na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Destaca-se que a realidade do cotidiano de trabalho é atravessada pela conjuntura econômica, política e social do país, repercutindo drasticamente em mudanças nas configurações dos espaços sócio-ocupacionais, em especial, na política de saúde.

### Metodologia

A pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes* teve início em 2020. 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. Contaram-se com duas bolsas de iniciação científica PIBIC/UFRJ e aprovadas pelo Edital nº 169 CEG/CEPG 2020, de 13 de maio de 2020.

Após levantamento e análise bibliográfica sobre as produções que tratavam do tema das Residências Multiprofissionais em Saúde e o Serviço Social, publicadas entre os anos de 2010 a 2020, realizamos a aplicação remota do questionário para 31 assistentes sociais residentes dos programas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ingressas das turmas de 2019 e 2020. Destacamos que apenas 25 residentes responderam.

O questionário estabelece 4 eixos a serem analisados. São eles: identificação, com intuito de traçar o perfil de quem exerce a Residência em Saúde; cotidiano de trabalho, para reconhecer os elementos constitutivos das relações e condições de trabalho em um contexto pandêmico; formação profissional, identificar quais são as estratégias de ensino e aprendizagem realizadas; e, por fim, saúde, uma vez que, estando inseridas integralmente na linha de frente do enfrentamento a pandemia, a prevenção e promoção da saúde para estas profissionais se faz fundamental.

O formulário utilizado foi pensado de forma a obter dados quantitativos e qualitativos no que tange ao processo de formação profissional e as questões de saúde das residentes em contexto de pandemia. Todavia, apesar deste capítulo ter conteúdos de

todas as etapas da pesquisa, sua ênfase será no processo de formação profissional das assistentes sociais residentes, destacando os desafios e as potencialidades para a sua materialização.

### Resultados e discussão

A Residência Multiprofissional em Saúde tem o processo de aprendizagem como uma prioridade no que se refere a formação de recursos humanos para a atuação profissional no SUS. Partindo desta premissa, a pesquisa debruçou-se sobre as condições, os recursos e o acesso das assistentes sociais residentes da UFRJ em relação à nova dinâmica de ensino disponibilizada em tempos de pandemia - o ensino remoto. Ao responderem sobre a organização das aulas remotas, as residentes apontam as dificuldades técnicas e a evidente falta de treinamento do corpo docente e discente para o ambiente virtual, mas enfatizam que, dentro das possibilidades, os profissionais e a instituição organizaram-se para contribuir positivamente com seu processo formativo.

#### GRÁFICO 1 A carga horária de 60 horas semanais está sendo cumprida?



**FONTE:**  
Pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes* (CCC/ESS/UFRJ)

A carga horária da Residência Multiprofissional em Saúde corresponde a 60 horas semanais, sendo que destas, 80% são estipuladas para o exercício prático e 20% para atividades teóricas e teórico-práticas. No contexto pandêmico, a pesquisa buscou investigar se esta carga horária está sendo cumprida. Houveram divergências nas respostas coletadas, porém a maioria afirmou que a carga horária de 60 horas semanais não estava sendo cumprida. As residentes ainda complementam enfatizando que o teto de 60 horas, especialmente para um tipo de especialização em serviço, precariza o objetivo da Residência, promovendo uma dinâmica de foco na prática em detrimento da teoria e do compromisso político.

Particularmente, nem acho que deva ser cumprida em sua totalidade. 60h é o auge da precarização do processo de formação, principalmente se o foco é apenas as atividades práticas. Residente, principalmente assistentes sociais, tem que ter tempo pra realizar atividades de mobilização social, participar de fóruns, conselhos, não só ficar atendendo individualmente demandas dos usuários. (Residente X)

De acordo com Frossard (2016), existem alguns desafios que os profissionais inseridos no processo de Residência Multiprofissional em Saúde enfrentam no que cerne a implementação do projeto político pedagógico, são eles: a excessiva carga horária; o número insuficiente de profissionais para acompanhar o andamento das atividades do residente no cotidiano; e as deficiências na rede de saúde e serviços. Tais fatores precarizam o processo de formação profissional das residentes, onde o cenário promovido pelo neoliberalismo favorece a intensificação do ritmo de trabalho e a imediatividade das demandas, causando uma desqualificação do processo formativo o qual fica focado na questão da produtividade.

Ademais, parte expressiva das residentes destacou que as atividades remotas têm preenchido a carga horária, intensificando o trabalho e estendendo-o para além das salas de aula - espaço de formação. Este fator tem influenciado na organização do tempo individual de cada profissional, fazendo com que se acumulem tarefas profissionais, acadêmicas, domésticas e ultrapassam os limites de tempo reservado para descanso, lazer e entre outras necessidades sociais.

Um maior número de atividades remotas nos momentos em que não estamos no trabalho presencial, assim como outros cursos/palestras que não estavam na grade (inicialmente). (Residente Z)

## GRÁFICO 2 Você conta com dispositivos e equipamentos que te permitem realizar as atividades remotas?



**FONTE:**  
Pesquisa Pandemia,  
formação e saúde:  
um olhar para as  
assistentes sociais  
residentes  
(CCC/ESS/UFRJ)

Durante a pandemia da COVID-19, a realização do ensino remoto demanda que haja recursos e equipamentos, bem como conhecimento técnico para que as devidas atividades sejam executadas. Ciente disto, as residentes responderam que possuem equipamentos para auxiliar na realização de tais atividades. As respostas aproximaram-se de um consenso, mas, ainda assim, 1 pessoa respondeu que não possui. Nesse sentido, demonstra-se que há uma demanda que precisa ser ampliada a fim de que seja viabilizado políticas estudantis que contribuam com a inclusão digital.

**GRÁFICO 3** As atividades remotas foram inseridas no seu cotidiano de formação?

**FONTE:** Pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes* (CCC/ESS/UFRJ)

A adesão das atividades remotas no âmbito formativo e profissional da Residência refletem-se nas respostas, em que vinte e quatro (24) afirmam que esta dinâmica atualmente faz parte da sua realidade, enquanto uma (1) seguem excluída dessa lógica devido ao fato de não deter suporte técnico que lhe permita acessar o ambiente remoto.

**GRÁFICO 4** Você avalia que houveram mudanças nas estratégias pedagógicas, devido a pandemia?

**FONTE:** Pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes* (CCC/ESS/UFRJ)

Para a maioria das residentes houve mudanças nas estratégias pedagógicas devido a pandemia. Elas discorrem sobre como a crise sanitária impulsionou problemáticas no campo de trabalho e na formação profissional, causando um déficit no conteúdo. De acordo com as respondentes, enfatizou-se a imediaticidade dos fenômenos em sua aparência, sem que houvesse uma compreensão da totalidade dos fatos. Além disso, relataram que perceberam uma celeridade por parte da instituição de ensino em preencher a lacuna que a pandemia deixou. De tal forma que acabou não sendo eficiente para o processo formativo, uma vez que não houve planejamento adequado.

Sinto que algo que poderia ser mais aprofundado infelizmente não pôde por conta das restrições que o ensino remoto acaba impondo. Então... acabou que foi um passado um conteúdo um pouco mais superficial e com pouco debate (o que poderia enriquecer mais a aula). (Residente A)

**GRÁFICO 5** Como você avalia a qualidade das atividades remotas no seu processo de aprendizagem?

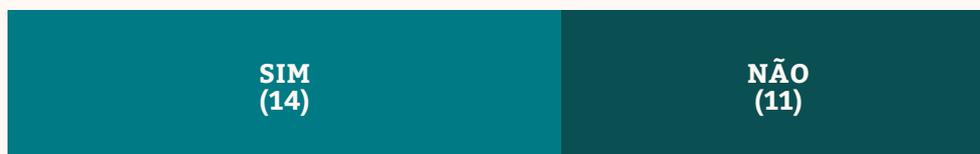
**FONTE:**  
Pesquisa Pandemia,  
formação e saúde:  
um olhar para as  
assistentes sociais  
residentes  
(CCC/ESS/UFRJ)

O conteúdo e as atividades ministradas de forma remota foram avaliados como de média qualidade pela maioria das residentes. Somando-se as avaliações sinalizadas como conteúdo de boa qualidade, obtém-se 88% de feedback satisfatório, mas com margem que evidencia a necessidade de otimizar o ensino na modalidade remota, possível em meio a pandemia.

**GRÁFICO 6** Sobre a formação e o exercício profissional, no que cerne a tríade: ensino, serviço, comunidade, o que você avalia que foi mais afetado?

**FONTE:**  
Pesquisa Pandemia,  
formação e saúde:  
um olhar para as  
assistentes sociais  
residentes  
(CCC/ESS/UFRJ)

A tríade ensino, serviço e comunidade é o norte de atuação da Residência Multiprofissional a qual visa a articulação dos três elementos. O cenário de pandemia impactou tais esferas, mas para as residentes assistentes sociais da UFRJ, dezesseis (16) afirmam que todos os elementos foram afetados igualmente, seguido de seis (6) para o ensino, três (3) para a comunidade e zero (0) para o serviço. A partir da análise do gráfico, é possível perceber que prevaleceu a percepção de que todas as esferas foram afetadas. Esse dado confirma que uma esfera está conectada a outra tanto na materialidade social quanto no exercício acadêmico e profissional, devido a relação de interdependência do ensino com o serviço e com a comunidade. Desta forma, a qualidade de execução do ensino e do serviço, assim como a qualidade de atender as demandas da comunidade, refletem de um campo ao outro. Se o contexto é de precarização, ocorre-se em todos âmbitos, e se o contexto for de eficácia o processo é o mesmo.

**GRÁFICO 7** Você avalia que o conteúdo teórico está sintonizado com a nova dinâmica social que a pandemia trouxe para o cotidiano da residência?**FONTE:**

Pesquisa *Pandemia, formação e saúde: um olhar para as assistentes sociais residentes* (CCC/ESS/UFRJ)

No que diz respeito a articulação entre teoria e prática ocorreu uma divergência acirrada que aponta para leituras opostas: quatorze (14) afirmam que sim (está sendo viabilizado uma prática de ensino que dialoga com a realidade social) e, em contrapartida, onze (11) discordam que exista consonância do conteúdo ministrado com a prática vivenciada nos espaços de trabalho devido a mudanças sociais que a pandemia generalizou.

Em relação a divergência localizada no gráfico 7, Silva *et. al* (2016) assinalam que para gerar intervenções que produzam respostas articuladas a realidade social faz-se necessário o fortalecimento da categoria através da participação em encontros nacionais, isto é, em espaços de troca com seus pares. Sendo importante a presença de tutores, preceptores e residentes os quais possam discutir sobre elementos que formem um projeto profissional que se aproxima da leitura qualificada da realidade social, propiciando uma disputa pela construção de estratégias democráticas.

Dessa forma, um projeto profissional crítico vai além da defesa de determinados valores, pois implica a existência de um corpo de conhecimentos que sustente a definição e a execução das ações profissionais. No que se refere ao Projeto Ético Político do Serviço Social brasileiro, é importante recordar que este contempla, tanto no âmbito da formação como no do exercício profissional, a indissociabilidade das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. (SILVA *et. al.*, 2016, p. 144)

**Considerações Finais**

A Residência Multiprofissional em Saúde é caracterizada por ser uma especialização em serviço, onde há a articulação entre a atuação profissional e o processo formativo, de forma que configura uma estratégia de formação de recursos humanos para o SUS. Tal perspectiva está vinculada a Reforma Sanitária que visa investir em recursos humanos, em modalidade de ensino contínuo e em serviço que colabora com a qualificação destes profissionais e, por conseguinte, melhora a atuação/intervenção do SUS.

A luta pelo conceito ampliado de saúde, como bem destacado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, orienta-se por atestar as condições dignas de saúde física, mental e social. A democratização do acesso à moradia, o emprego, o lazer, o saneamento, o transporte, a alimentação e a educação são a chave para efetivar esse direito que também se apresenta como dever do Estado. A inserção do Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde potencializa a materialização do cuidado integral, pois este profissional é o responsável por evidenciar as mediações da realidade social que interferem no processo saúde-doença, além de viabilizar os direitos sociais para os usuários (PAIVA *et al.*, 2019).

Na presente pesquisa constatou-se, através da análise das respostas das assistentes sociais residentes ao formulário, como está se dando a formação profissional em período pandêmico. Deste modo, foi possível identificar quais são os principais desafios e quais as demandas apresentadas em seus cotidianos de trabalho e de formação. A partir desta análise, é necessário refletir sobre como podem ser elaboradas as intervenções frente a esses desafios em uma perspectiva de alinhamento à realidade social, pois são os sujeitos que estão vivenciando a materialização das contradições nos serviços de saúde.

As residentes avaliam a implementação do ensino remoto como desafiadora e atribuem como principal motivo a instabilidade técnica. Isto é, o atual contexto exige um preparo mais qualificado no que concerne a transmissão de conhecimento, uma vez que os meios para se concretizar esta ação foram totalmente modificados - saíram das salas de aulas e deslocaram-se para o ambiente virtual. Entretanto, a urgência da pandemia e do aprofundamento das desigualdades colocou tal demanda de forma imediata e as residentes assinalam que, mediante a tal cenário, houve preparo parcial por parte da universidade em estabelecer um modelo de ensino que dialogasse com as possibilidades das residentes e dos seus respectivos campos de atuação.

Ocorre que, diante do cenário de excepcionalidade no qual as assistentes sociais residentes e demais profissionais da saúde estão enfrentando, a necessidade por manter um trabalho e formação qualificada demanda que haja suporte técnico e investimento financeiro para a saúde e educação. Afinal, é um período de excepcionalidade que tem se estendido, e do qual o capital internacional e o neoliberalismo têm buscado estratégias de flexibilizar o tempo, os contratos e a forma de trabalho, como ocorre com o *home office*.

Ainda com relação aos desafios da formação em saúde as respondentes demarcaram que, na conjuntura de crise intensificada pela COVID-19, as elaborações teóricas necessitam avançar

para dar conta da complexidade das demandas nas instituições; mas enxergam, minimamente, uma relação entre o campo e a teoria, por entenderem que a pandemia exacerba problemáticas sociais que já existiam previamente.

Portanto, os elementos que permeiam o processo da formação profissional das assistentes sociais residentes em tempos pandêmicos, remetem as questões como a intensificação do ritmo de trabalho, ocasionando uma sobrecarga de tarefas que podem influenciar no adoecimento das profissionais; e as questões da infraestrutura e das condições de trabalho, as quais já eram sucateadas e suprimidas pelas contrarreformas neoliberais e, no contexto de pandemia, o suporte público existente tornou-se mais frágil.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social – subsídios para a reflexão**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSBrochuraResidenciaSaude.pdf>.
- FROSSARD, A. G.; SILVA, E. C. S. Experiência da Residência Multiprofissional em Serviço Social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista Katálysis**, v.19, n. 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. 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.
- SCHMALLER, V. V., LEMOS, J., SILVA, M. das G. e, & LIMA, M. L. L. T. de. (2012). Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, 11(2), 346 – 361, 2012.
- SILVA, L. C.; BROTTTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 126 – 149, 2016.
- 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.

*Esta publicação foi projetada e diagramada em novembro 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)*