



# Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS

Professional Training of the Multiprofessional Team in Health: the understanding of intersectoriality in SUS context

TAMARIA MONIQUE SILVA GUERRA\*

MARIA DALVA HORÁCIO DA COSTA\*\*



**RESUMO** – Este artigo apresenta uma breve análise da proposta de formação profissional da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) conferindo centralidade à: intersectorialidade, promoção da saúde, integralidade e formação continuada, enquanto categorias essenciais à efetivação do direito à saúde em sentido ampliado e, portanto, para o redirecionamento do trabalho em equipe de saúde na perspectiva de efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Do ponto de vista metodológico, optamos por combinar pesquisa documental, bibliográfica com pesquisa de campo qualitativa, através da realização de grupo focal, contemplando residentes vinculados à Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da área de concentração de Atenção à Saúde da Criança do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com ingresso nos anos de 2015 e 2016.

**Palavras-chave** – Intersectorialidade. Promoção da saúde. Residência em saúde. Formação continuada.

**ABSTRACT** – This article presents a brief analysis of the vocational training proposal of the Multiprofessional Health Residency (RMS) conferring centrality to: intersectoriality, health promotion, integrality and continuous training, as essential categories for the realization of the right to health in an extended sense. For the redirection of the work in health team in view of the implementation of the principles of the Unified Health System (SUS). From the methodological point of view, we chose to combine documentary, bibliographical research with qualitative field research, through the accomplishment of a focal group, contemplating residents linked to the Multiprofessional Health Residency (RMS) of the Child Health Care area of the University Hospital Onofre Lopes (HUOL) with entry in the years 2015 and 2016.

**Keywords** – Intersectoriality. Health promotion. Residency in health. Continuing education.

\* Especialista em Atenção à Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Direitos Sociais da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró – RN/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/9179149482777535>. E-mail: [tamaria\\_guerra@hotmail.com](mailto:tamaria_guerra@hotmail.com).

\*\* Pós-Doutora em Políticas Públicas e Gestão Democrática, Assistente Social, Professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal – RN/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/1927931527903510>. E-mail: [dalvahoracio.natal@gmail.com](mailto:dalvahoracio.natal@gmail.com).

Submetido em: maio/2017. Aprovado em: outubro/2017.

**R**efletir sobre a formação profissional no contexto da RMS, enquanto uma das modalidades de capacitação continuada que atua diretamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui em seu regimento o indicativo de conteúdos, práticas e vivências que habilite trabalhar as ações intersectoriais como um dos seus objetivos, tem o potencial de contribuir com o fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária e unir forças no sentido de possibilitar propostas contra-hegemônicas ao modelo assistencial médico-privatista. Requer, compreender a RMS no atual contexto do SUS, particularmente, no que se refere às inflexões sofridas pelo modo de organizar os processos e às relações de trabalho, no contexto de crise de acumulação do capital e seus rebatimentos na intervenção do Estado capitalista no campo da saúde, na atual realidade brasileira.

A RMS constitui uma modalidade de formação continuada, caracterizada por ser um curso de pós-graduação *Lato Sensu*, instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, estruturada com foco na integralidade da atenção, interdisciplinaridade e intersectorialidade, visando possibilitar uma nova concepção na formação profissional. O projeto pedagógico está distribuído em 80% de atividades práticas e 20% de fundamentação teórica, com duração de dois anos, carga horária de 5.760 horas. Envolve diversas profissões: Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, entre outras, exceto a médica. Com carga horária semanal de 60 horas, os residentes possuem regime de dedicação exclusiva.

Em tempos de aprofundamento da hegemonia do projeto privatista, os serviços de saúde são organizados com base no modelo gerencial e assistencial, procedimento centrado, curativo, individual e hospitalocêntrico, marcados por diversas formas de privatização, expressos na generalizada terceirização e mercantilização da saúde. A RMS cumpre o papel de formar profissionais para o SUS capazes de contribuir para o fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PRSB), com potencial para aprimorar e articular ações para além do modelo médico em procedimento centrado, focado nas medidas emergenciais e curativas, portanto, em prol de intervenções pautadas na determinação social da saúde<sup>1</sup>. É nesse sentido que localizamos o potencial da perspectiva intersectorial poder contribuir para o processo de superação das práticas institucionais marcadas pela fragmentação, desarticulação e hierarquização das políticas e saberes.

Analisar a compreensão sobre a intersectorialidade que perpassa a atuação dos Residentes que compõem a Residência Multiprofissional, da área de concentração de Atenção à Saúde da Criança em pediatria do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), significa refletir sobre a atual contribuição das Residências para a formação em saúde, considerando que as RMS foram concebidas para fortalecer a perspectiva da RSB vislumbrando formação permanente e crítica enquanto instrumento para o fortalecimento do SUS.

Esse desafio aumenta, dado o fato de que o trabalho realizado pelo residente no espaço dos Hospitais Universitários, também se subordina às regras mais gerais que regem o trabalho sob o capital, estando expostos à sobrecarga, à intensificação e às demais condições aviltantes que marcam as relações capital x trabalho, no atual contexto de desenvolvimento capitalista na realidade brasileira.

Todavia, o papel da formação profissional comprometida com a RSB deve reforçar a capacidade teleológica no sentido formulado por Marx (1988), ao afirmar que o trabalho é uma atividade transformadora em que o homem modifica a si mesmo e o meio a sua volta, no intuito de satisfazer as suas necessidades básicas de sobrevivência. Esta relação homem/natureza sempre existiu e acompanha a humanidade desde tempos imemoriais, podendo ser definida como uma atividade social, orientada por uma capacidade teleológica em que o homem imprime a sua subjetividade. Nesse sentido, sua sobrevivência está intrinsecamente relacionada à capacidade de resistir enquanto sujeito coletivo organizado, para a defesa de seus interesses enquanto classe trabalhadora com consciência de classe para si.

É fundamental reconhecer que a luta contra a mercantilização da saúde se vincula à luta contra a mercantilização da própria força de trabalho e, portanto, da própria vida. Afinal, no sistema capitalista, a força de trabalho se transforma em potencial mercadoria, fonte de exploração e exclusão. Nele o trabalhador não é mais sujeito de suas ações, mas sim meio para produzir valor de troca e possibilitar

acumulação do capital. Desta forma, é alienado do produto do seu trabalho, posto que, conforme Marx, a produção é coletiva, mas a apropriação da riqueza socialmente produzida é privada. Nestas condições, o trabalhador torna-se vendedor de sua única “mercadoria”, a força de trabalho, subordinado a satisfazer as necessidades do grande capital, já que se torna “propriedade” do burguês.

Parte-se da compreensão de que no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo monopolista, em tempo de hegemonia do capital financeiro, marcado pela atual restauração capitalista que busca enfrentar mais uma crise de acumulação inerente a sua lógica de expansão e crise, que marca esse sistema desde as grandes navegações, nos séculos XVI ao XVIII, durante a primeira Revolução Industrial em 1760, até os dias atuais, sempre aprofundando, diversificando e refuncionalizando as formas de exploração do trabalho, buscando desenvolver as forças produtivas para ampliar a produção de mais valia e assegurar a reprodução ampliada de capital.

Para Iamamoto e Carvalho (2014, p.60), as características centrais do capitalismo são reafirmadas em tempos da terceira Revolução Industrial, nos anos 1970, expressos no desenvolvimento das “[...] forças produtivas sociais devido à cooperação, progressiva divisão técnica do trabalho, aplicação de máquinas, aplicação do desenvolvimento científico e tecnológico [...]”, expressando as formas de organizar e gerenciar o trabalho sob o capital, impondo formas de se relacionar e de produzir, vislumbrando valor de troca e responder às necessidades do capital em detrimento da produção de valor de uso, com vistas a responder às necessidades humanas.

Essa lógica penetra em todos os setores da vida social e na área da saúde foi considerada muito nociva pelo MRSB ao questionar a lógica privatista, taylorista, mercantilista que preside o modelo assistencial “médico-hegemônico-procedimento-centrado” que marcou o desenvolvimento do sistema tradicional de saúde, no contexto da expansão do sistema médico-previdenciário, do qual o SUS é herdeiro, de práticas e relações cuja transformação é almejada pelo PRSB e pelo projeto da RMS, com vistas à construção de um modelo assistencial centrado no usuário, com profissionais habilitados nessa perspectiva.

Ao mesmo tempo, na atualidade, vivencia-se um contexto de progressiva flexibilização dos processos e das relações de trabalho, com a insegurança e precarização também nos serviços públicos. Aliados à ampliação da inserção de inovações tecnológicas e científicas, requerem um trabalhador cada vez mais qualificado e habilitado para lidar com as rápidas transformações societárias, para atuar diante das mutações do mundo do trabalho, em um mercado cada vez mais especializado e competitivo no qual a educação permanente como: mestrados; doutorados; pós doutorados e cursos de pós graduação *stricto* e *lato sensu*, cada vez mais, vêm se constituindo em requisitos para inserção no mercado de trabalho. Assim, embora tenham sido criadas primordialmente para fortalecer o SUS, na perspectiva da RSB, enquanto modalidade de especialização, as Residências Multiprofissionais também sofrem tais impactos.

A partir de tal problematização, a realização desta pesquisa compartilha uma concepção de metodologia enquanto

[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2010, p.14).

Nessa perspectiva metodológica, o estudo apoiou-se na pesquisa qualitativa, reiterando a compreensão de que a “abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2001, p. 22), o que possibilita apreender elementos do real que permitem subsidiar a análise, ao potencializar um contato direto com o sujeito pesquisado, buscando desvendar sua compreensão sobre os limites e as potencialidades das ações intersetoriais no trabalho em pediatria.

Em sintonia com essa direção, utilizamos a técnica de Grupo Focal (GF), compreendido como “um grupo de discussão informal de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter

qualitativo em profundidade” (GOMES; BRABOSA, 1999, p.01). Realizado junto aos Residentes que compõem a Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança do HUOL, durante o mês de novembro de 2016, com residentes de primeiro e segundo ano, com o objetivo de comparar como o processo de formação continuada contribui para a uma concepção ampliada de saúde, optamos por uma amostragem que contemplou os residentes no processo inicial e de conclusão da residência, somando um total de 18 (dezoito) residentes.

Para a aproximação sucessiva do objeto de estudo, combinou-se pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica para tratar das categorias intersectorialidade e Promoção da Saúde foram estudados: Costa (2010, 2014, 2015), Vasconcelos (2013, 2014), Bravo (2007); sobre Residência Multiprofissional e Formação Continuada, nos baseamos em Peduzzi (2001), Ceccim (2010), Mourão (2009) e Barros (2012), dentre outros.

A técnica de análise concentrou-se na análise de conteúdo, na qual as informações obtidas durante a realização dos grupos focais foram trabalhadas a partir das seguintes categorias: Intersectorialidade, Promoção da Saúde, Integralidade e Formação Continuada.

Dada a importância da ética na pesquisa e a Resolução nº 466, de 13 de junho de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, como pré-condição para realização da coleta de dados da pesquisa, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa empreendida foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, no dia 04/05/2016, recebendo parecer favorável no dia 23/05/2016.

## **Aspectos históricos sobre a Residência Multiprofissional no Brasil: notas sobre a Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)**

Os Programas de Residência Multiprofissional têm início, no Brasil, em meados da década de 1970 e se expandem nos anos seguintes, com forte influência das discussões do movimento sanitário, assim como elucida Ceccim.

A proposta das residências em saúde, como multiprofissionais e como integradas ao SUS, apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo technoassistencial a partir da atuação multiprofissional ou integrada adequada às necessidades locais, constituindo de um processo de educação permanente em saúde que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive (CECCIM, 2010, p.20).

A Residência Multiprofissional ganha destaque nos anos 2000, quando começam a ser fomentadas iniciativas para a reorientação dos recursos humanos para o SUS. Pode-se destacar como iniciativas o projeto: Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde<sup>2</sup> (Reforsus) em 2002; criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003; e a Lei nº 11.129/2005, que dispõe sobre a criação de Residência na Área da Saúde e institui a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (MENDES, 2013).

O Programa de RMS tem sido adotado pelos Hospitais Universitários no Brasil de forma gradativa, considerada uma modalidade de ensino compondo uma especialização na modalidade treinamento em serviço, no campo das políticas públicas de ensino e saúde, muito embora ainda estejam em fase de reconhecimento por parte do Ministério da Educação (MEC). São vários programas inseridos, desde a atenção básica até programas de residência em atenção hospitalar. Assim, o profissional residente receberá, após dois anos, o título de especialista em uma determinada área.

A Residência Multiprofissional constitui-se numa modalidade de formação pós-graduada *lato sensu*, desenvolvida em serviços dos SUS, sob supervisão técnica profissional. Sua potencialidade reside em estar orientada para a apreensão e o atendimento ampliado às necessidades de saúde da população, para a qualificação do cuidado em saúde frente ao processo saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Para tal, esta formação ocorre através da integração dos eixos ensino-serviço-comunidade, do trabalho em equipe interdisciplinar e da permanente interlocução entre os núcleos de saberes e práticas das profissões envolvidas na formação (CLOSS, 2013, p.58).

As RMS são regulamentadas por Lei, mas cada instituição normatiza a execução dos seus programas. Desta forma, dentro de uma mesma Universidade, os programas podem ser implementados de formas diferentes em instituições de saúde distintas. A formação das residências deverá possibilitar aos profissionais uma formação profissional em saúde, articulada com os princípios democráticos do SUS, contribuindo para a perspectiva do cuidado integral e uma visão ampliada em saúde.

Na realidade do HUOL, que compõe a rede SUS de alta complexidade, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), desde 29 de agosto de 2013, passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Situado em Natal/RN, atua na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, contando com diversas especialidades de clínicas médicas e cirúrgicas, realiza atenção e procedimentos de alta complexidade como cirurgias de transplante renal, obesidade, cardíaca, mas também é referência em procedimentos de hemodinâmica, exames de imagem, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e, mais recentemente, a partir da incorporação do Hospital de Pediatria da UFRN, conta com uma Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente – UASCA, que dispõe de trinta e um leitos, contando com uma equipe multiprofissional composta por Enfermeiros, Nutricionistas, Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, dentre outras categorias profissionais.

Sobretudo, o HUOL desempenha papel primordial e fundamental para o SUS, tanto como espaço de assistência quanto como centro de formação profissional e pesquisa científica, desenvolvendo ações nos campos do ensino, pesquisa e extensão. Atualmente, conta com três Programas de Residência Multiprofissional distribuídos nas seguintes áreas de concentração: Terapia Intensivo Adulto, Atenção à Saúde da Criança e Cardiologia, com profissões na área da: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. É nesse espaço da clínica pediátrica que os Residentes em Atenção à Saúde da Criança estão inseridos.

### **A tríade integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade: a experiência da residência multiprofissional em atenção à saúde da criança**

Os avanços conceituais presentes na CF de 1988 representam conquistas do MRSB, resultantes da forte mobilização popular em prol do reestabelecimento do Estado de Direito e da saúde como direito de cidadania e política de seguridade social, com destaque para articulação intersetorial.

Pode-se afirmar que a intersetorialidade vem constituindo tema de debate, no Brasil, desde meados da década de 1970, principalmente a partir da influência da Conferência de Alma-Ata. Amplia seu significado nos debates em prol da RSB, sobretudo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, a qual define uma nova concepção de saúde na perspectiva da Determinação Social da Saúde (DSS), segundo a qual o acesso ao direito à saúde vai além do âmbito do SUS, requerendo uma perspectiva intersetorial, sendo de fundamental importância discutir a temática, pois representa contribuição para o processo de consolidação da RSB.

Ressalte-se que o termo intersetorialidade não aparece de forma explícita nos documentos elaborados pelo MRSB, mas a 8ª CNS, ao colocar a saúde como resultante das condições de vida da

população, vinculando-a às relações sociais de produção estabelecidas, evidencia que a efetivação deste direito fundamental extrapola as ações do sistema de saúde, atribuindo-lhe uma perspectiva intersectorial. Concepção que foi incorporada pela CF de 1988, em seu título VIII, capítulo II, seção II, art. 196.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, o conceito de saúde ultrapassa as ações curativas centradas na doença para incorporar uma visão ampliada, que possui como fatores determinantes e condicionantes a educação, a alimentação, a habitação, o esporte, dentre outras necessidades humanas básicas. Segundo Mioto e Schütz (2011, p.03), “a integração entre as políticas é um imperativo para a materialização dos direitos sociais. Estes se referem à provisão das necessidades sociais por um sistema de proteção social por parte do Estado”.

O conceito ampliado de saúde formulado pelo MRSB designa à intersectorialidade um papel de destaque para a efetivação da política de saúde, enfatizando que o enfrentamento dos problemas de saúde nos campos da promoção, proteção, prevenção e recuperação requer ações para além dos serviços de saúde, apontando a necessidade de articulação no campo da política de saúde e as demais políticas econômicas e sociais superando o modelo biomédico. Pode-se inferir que a integralidade não é apenas um princípio do SUS, mas representa bandeira de luta mais ampla, conforme enfatiza Mattos (2006), expressa práticas ainda desejáveis, retrata o ideal de uma sociedade mais justa, a luta pela garantia do acesso universal, igualitário e gratuito.

Para tanto, temos que destacar “que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social” e que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (LAURELL, 1982, p.02), pensar o ser em sua totalidade, apreender suas necessidades de forma mais integral, superando a visão reducionista, compreender que o sujeito é bem mais do que um sistema biológico, perfaz a defesa da integralidade nas práticas dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto, a suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos limites, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Por exemplo, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário (para citar dois exemplos entre tantos possíveis), impedir que se preste um atendimento integral (MATTOS, 2006, p.56).

Enquanto integralidade ampliada, as ações intersectoriais constituem estratégias eficazes para a melhoria dos níveis de saúde e consolidação do SUS, pois parte da premissa da integralidade, que perpassa as práticas sanitárias e sociais, propõe uma nova forma de conceber e planejar, gerenciar, executar e avaliar as políticas públicas, adotando uma postura trans-setorial e interdisciplinar, o que requer uma gestão descentralizada, democrática e participativa, conforme bem coloca Costa (2015).

Ao indagarmos qual a compreensão sobre ações intersectoriais que perfaz a atuação dos residentes R1 e R2, obtivemos as seguintes respostas que traduzem a compreensão dos participantes de ambos GF:

*Acho que são ações que são planejadas e realizadas em grupo de diferentes profissões e de diferentes setores, não é só a realização, tem que ter o planejamento. Grupo 1 (R1).*

*Eu vejo como ações intersetoriais a ligação entre todos os setores que compõem a rede intersetorial, então, é o paciente vir da atenção básica referenciado para uma média ou alta complexidade e daqui se a gente identifica alguma necessidade [...]. Grupo 2 (R2).*

*Aí eu acho que vai transcender a área da saúde, uma vez que entra CRAS e CREAS, não vai ser da assistência? Grupo 2 (R2).*

Observe-se que os Residentes conceituam intersectorialidade a partir da sua prática profissional, demonstrando dificuldade de reconhecimento destas ações. Evidencia-se que o contato com outros serviços compõe seu cotidiano, porém reduzido à noção de encaminhamento dos usuários para outros serviços fora do hospital, até mesmo outros serviços de saúde, sem associar a ações macro, não correlacionam ao planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas.

Em contrapartida, temos que reconhecer os limites impostos pelo próprio modelo setorial que perpassa as políticas públicas, particularmente a de saúde, estruturadas como espaços ocupacionais atravessados pela verticalização, hierarquização, fragmentação e corporativismo, fortemente influenciadas por uma formação profissional numa perspectiva cartesiana, conforme evidenciado nos relatos de alguns residentes a respeito do processo de formação no curso de graduação.

*Estava pensando aqui, mas eu acho que não tem nenhuma experiência muito forte [...], não tem a vivência na prática, por exemplo, tiveram que orientar a gente da importância de fazer uma notificação, caso a gente perceba algum caso de violência, tem essa orientação, mas como não tem nenhum relato de experiência, como acontece de verdade, acontece que a maioria dos estudantes saem sem saber, sabe que é importante, mas ainda tem muitas dúvidas, por que não vivenciam a realidade, ficha de notificação [...]. Grupo 1 (R1).*

*Dentro da graduação nós tivemos uma disciplina com relação à intersectorialidade e multidisciplinaridade [...], mas quando chegou realmente na parte prática eu não vi a coisa acontecer, não da forma como eu imaginava que fosse, então, o contato que eu tive na graduação foi esse, foi muito pouco [...]. Grupo 2 (R2).*

A grande maioria relata ter vivenciado momentos pontuais, discussões relacionadas à promoção da saúde, intersectorialidade e trabalho multidisciplinar, destacando que o currículo da graduação não contempla de forma satisfatória as questões citadas, revelando uma formação ainda muito tecnicista centrada na doença, não possibilitando compreender a saúde/doença como um processo social, que depende da articulação de saberes, práticas, ações e políticas, conforme ressalta Laurell (1982).

Face a tal realidade, os residentes apontaram como principais dificuldades de materialização das ações de caráter intersetorial: dificuldade no processo de trabalho; falta de envolvimento da equipe para com estas ações; foco nas ações imediatistas e emergenciais; dificuldade de trabalhar em equipe; ineficiência da rede no acompanhamento e falta da contrarreferência, conforme evidenciam os seguintes depoimentos:

*Eu acho que as ações intersetoriais aqui estão muito emergenciais, quando a criança já está em risco social que a gente se senta e geralmente é só serviço social, psicóloga e a psiquiatra, devia ter a enfermagem, nutrição, odonto e farmácia, entendeu? Todo mundo para discutir o caso, porque quando a criança está em situação de risco vamos articular a rede, não é somente isso, há outros fatores e outras crianças que precisam de assistência, e a gente não se atenta a isso, só se atenta quando ela está em risco pessoal, aí diante disso têm que fazer articulação com o conselho, assistência, os órgãos da justiça o ministério público, a vara da infância e juventude, aí se dá esse encaminhamento, mas é o feedback, a gente faz a referência, mas a contrarreferência não chega aqui [...]. Grupo 1 (R1).*

*A rede está muito fragilizada, às vezes, a gente precisa encaminhar para o setor de saúde mental, o CAPS está fechado ou não está funcionando como deveria, com o*

*devido número de profissionais que deveriam estar lá, a própria crise estrutural das políticas sociais é reflexo! Grupo 1 (R1).*

*Precisamos avançar muito, eu meio que me acomodei, mas no começo da residência foi meio que um choque, porque eu pensei que a comunicação fluiria mais fácil na pediatria [...], mas eu sinto falta disso, da equipe sentar enquanto equipe e discutir até os casos que não estão aqui e saber como é que tá, por que eu vejo que é muito importante esse espaço da gente sentar e conversar, acaba que cada um fica no que tá fazendo e perde um pouco disso. Grupo 2 (R2).*

*[...] eu percebo que existe uma preocupação com pacientes que têm um alto grau de necessidade de cuidado, em como esse vai ficar quando estiver em casa, existe essa preocupação no momento da alta, de pensar a alta, tanto que muitos pacientes, alguns, que iriam precisar de cuidados especiais em casa foi contatado SAD [...], mas eu acho que dependendo do grau de necessidade de cuidado desse paciente existe uma preocupação, em como se vai dar esse processo de alta. Grupo 2 (R2).*

Tais fragilidades da rede somam-se à permanência do modelo procedimento-centrado e à formação ainda hegemônica pelo tecnicismo, conformando um conjunto de fragilidades que perpassam o modelo de atenção, com fortes dificuldades de estabelecer diálogo e práticas voltadas para o exercício da interdisciplinaridade no cotidiano de um Hospital Universitário, responsável pela formação que tem como missão o ensino, a pesquisa e a extensão, que inclusive incorpora a RMS como uma das estratégias para alterar as práticas dominantes. Nesse sentido, o Regimento Geral para funcionamento da Residência Multiprofissional estabelece como objetivo geral e específico do Programa Residência Integrada Multiprofissional - UFRN:

Art. 8º O objetivo geral do PRIMS-UFRN é formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos, conhecedor dos diferentes cenários da rede de saúde, capazes de atuar com competência na área específica de formação.

Art. 9º Os objetivos específicos do PRIMS-UFRN são:

I - possibilitar uma visão ampliada acerca das políticas públicas e do conceito de saúde, considerando o perfil epidemiológico da população e o conhecimento específico de cada núcleo de saber;

II - vivenciar a intersectorialidade através do exercício prático de suas ações específicas em todos os níveis de atenção à saúde, no SUS;

III - exercitar a interdisciplinaridade através da integração dos diversos campos de saberes;

IV - fortalecer a integração dos hospitais universitários à rede do Sistema Único de Saúde - SUS;

V - desenvolver projetos integrados de ensino, pesquisa e extensão em diferentes áreas e territórios do cuidado;

VI - formar profissionais conscientes do seu papel enquanto facilitadores do processo de articulação ensino/pesquisa/serviço e com domínio técnico, político-humanista;

VII - fomentar no profissional, através de ferramentas de coparticipação e corresponsabilização, competências para o gerenciamento e o cuidado da saúde;

VIII - contribuir para a avaliação da melhoria da qualidade na rede de cuidados, construção de protocolos e formação e educação permanente do pessoal inserido no SUS (HOSPITAL, 2010, p.02 - Grifos nossos).

Pode-se afirmar que a RMS foi estruturada com foco na integralidade da atenção, interdisciplinaridade e intersectorialidade, devendo possibilitar uma nova concepção na formação

profissional, condicionando a construção dos saberes às determinações mais amplas do processo saúde-doença. A interdisciplinaridade vai além do fato de colocarmos profissionais de diferentes categorias juntos, envolve respeito, cooperação entre os saberes e autonomia.

[...] a interdisciplinaridade pressupõe que cada uma das áreas exerça seu potencial de contribuição preservando a integridade de seus métodos e conceitos e, nesse sentido, requer o respeito à autonomia e à criatividade de cada uma das profissões, a interdisciplinaridade se constrói a partir de um nível avançado de trocas e de cooperação entre as áreas [...] (SILVA; MENDES, 2013, p.55).

Durante a realização do GF, ao indagarmos qual ou quais profissionais, quando necessário, realizam as mediações necessárias com vistas às ações intersetoriais? Resultou nas seguintes repostas consensuais:

*É o Serviço Social que assume a comunicação, os links, pelo menos na enfermaria o que vejo é o Serviço Social, quando tá pra acontecer a alta e quando tem encaminhamentos pré-estabelecidos é que tem uma reunião, mas quem toma a frente é o Serviço Social. Grupo 1 (R1).*

*Às vezes, fica só o Assistente Social e o Psicólogo ou a Psiquiatra [...], uma reunião multi, em uma sala, todo mundo discutindo caso, eu nunca vivenciei isso aqui no hospital. Grupo 1 (R1).*

*É o Serviço Social! O Serviço Social é o melhor profissional para responder essa questão! Grupo 2 (R2).*

*Normalmente a gente liga para vocês (Serviço Social) e diz: a gente acha que precisa do conselho tutelar, ou precisa disso, aí vocês entram. Grupo 2 (R2).*

Constatou-se um consenso entre os residentes de que é o Serviço Social<sup>3</sup> a profissão de referência para as mediações junto à rede socioassistencial, o que retrata uma tendência prática de se considerar essas ações como estritamente afetas ao trabalho dos/as Assistentes Sociais, encaradas como atribuições de um profissional e não competências da equipe, o que demonstra a dificuldade do exercício da interdisciplinaridade. Outrossim, reiteramos a conclusão de Costa (2010), de que a maioria dos profissionais de saúde conceituam a intersetorialidade como uma ação reduzida a algumas das atividades desenvolvidas pelos/as Assistentes Sociais.

Foi possível observar, em ambos os GF, que os residentes demonstram dificuldade de compreender e materializar as ações intersetoriais em seu cotidiano, deixando patente que existem lacunas no processo de formação que precisam ser pensadas e trabalhadas pela Residência Multiprofissional, enquanto questão estratégica para a superação do modelo procedimento-centrado e, portanto, para a efetivação da saúde em sentido ampliado e para a própria consolidação do SUS como sistema capaz de assegurar assistência universal e integral de qualidade a sujeitos de direitos.

Aprender a realidade dos serviços de saúde a partir da concepção ampliada requer problematizar questões relacionadas à hegemonia do modelo biomédico, a forma como a assistência está focada no procedimento, o tratamento individualizado e biologizante, em geral, indiferente às necessidades de saúde dos usuários.

As dificuldades de avançar na perspectiva dos princípios do SUS e no projeto pedagógico da RMS reside principalmente na manutenção do modelo biomédico, o qual trata as necessidades de saúde de forma individualizada e biologizada, o que importa, a produção de procedimentos, aparece de forma mais exacerbada no atual contexto de hegemonia neoliberal em que os serviços de saúde são organizados com base no modelo gerencial e assistencial privatista. Portanto, indica a necessidade de radicalização do papel da RMS no sentido de prosseguir e insistir na sua missão de contribuir para alterar esse modelo, potencializando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na perspectiva do fortalecimento do PRSB, daí a importância de contribuir para desenvolver práticas e habilidades para além do modelo médico-procedimento-centrado em prol de intervenções pautadas na DSS.

## Formação em saúde: os desafios da formação em serviço

O contexto de expansão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde emerge enquanto estratégia de resistência a um cenário de ataque à política de saúde, em que predomina a precarização dos serviços, a insuficiência de profissionais e a precarização das condições e relações de trabalho e a manutenção de um modelo gerencial tecnocrático e burocrático, causando desdobramentos para o processo de formação em saúde que passam a ter uma perspectiva mercantilista e produtivista, secundarizando o ensino e a pesquisa (CASTRO, 2013).

Entretanto, constatamos que a transferência da gerência dos Hospitais Universitários (HUs) para a EBSEH tem significado reiterar o modelo tecnocrático de gestão, que ignora a gestão participativa preconizada na legislação do SUS, reificando a hierarquia e a verticalização das relações de trabalho, presididas por uma lógica produtivista, priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, aumentando a sobrecarga dos profissionais e a pressão por aumento da produção de procedimentos, reiterando o modelo assistencial procedimento-centrado, comprometendo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Tem adotado medidas para superar as deficiências da gestão pela via das terceirizações e quarteirização, beneficiando diretamente os interesses privatistas, corporativistas e grupos políticos ampliando a apropriação do fundo público pelos grupos privados que, historicamente, detêm influência sobre os grupos políticos que controlam o estado brasileiro nos três níveis de governo.

Classificado com um dos “novos” modelos de gestão, observa-se que a gestão via EBSEH tem aprofundado a prevalência do modelo médico assistencial privatista, centrado em um atendimento individualizado e curativo e, nesse sentido, cotidianamente, tem negligenciado o projeto pedagógico da RMS enquanto instrumento catalizador de novos conhecimentos e práticas, reduzindo o seu potencial de contribuir para a busca por uma política de saúde para além do modelo curativo, com vistas a buscar superar os currículos tradicionais no setor saúde, que, muitas vezes, formam profissionais especializados em realizar procedimentos e com incipiente e insuficiente capacidade para atuar na perspectiva de atender as reais necessidades em saúde dos usuários, embasados no conceito ampliado de saúde.

É fundamental informamos que nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos e necessitamos se, num curto prazo, não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pelos procedimentos especializados e de alto custo, e não fortalecermos a rede estatal SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem (BATISTA; JUNIOR 2011, p.40).

O Programa de Residência Multiprofissional foi idealizado para formar profissionais para o SUS, dentro da especialidade escolhida, mas com uma visão crítica e embasada no conceito ampliado de saúde, articulada com os princípios democráticos do SUS, com uma ampla compreensão acerca do trabalho em rede intra e intersectorial. Contudo, um dos grandes entraves para a formação do residente, que ficou evidente na fala dos participantes dos GF, é a extensiva carga horária de 60 horas semanais, sendo 48 horas de carga horária para prática e apenas 12 horas de fundamentos teóricos, comprometendo a formação, haja vista que não há tempo para refletir essa prática e fazer profissional, as poucas horas disponíveis são comprometidas com as atividades estabelecidas pelos eixos teóricos, que nem sempre contemplam todas as profissões, voltados exclusivamente para discussões técnicas (exames laboratoriais, interação e uso racional de medicamentos, entre outros) que não conseguem propiciar o debate crítico tão necessário à formação. Demonstrado como consenso nos dois GF, como podemos constatar nas falas a seguir

*Eu tô muito saturada da residência, muito cansada (todos concordaram), o chicote tá batendo muito pesado, eu achava que no final seria mais tranquilo, eu sempre morri de amores pela residência, agora no final que eu estou mais cansada e realmente desejo que termine, mas assim, a residência pra mim, assim como para muitos outros, foi um sonho e depois que eu entrei, pronto, realizei meu objetivo, comecei a vivenciar, eu vi que a residência é muito importante para a formação,*

*pelo menos na minha formação, vai ser o que vou levar para a vida [...], eu acho que mesmo com as limitações que a residência tem, as dificuldades, às vezes, pega muito pela técnica, em cumprir carga horária, de estar no setor, trabalhar, mas ainda assim nós somos diferentes, nós somos o diferencial daqueles profissionais que ainda não fizeram residência [...]. Grupo 2 (R2).*

*A gente tem muita responsabilidade aqui e ainda tem as barreiras impostas, a gente perde o estímulo. É cobrada muito a técnica, as ações, os procedimentos, a carga horária de trabalho que tem que cumprir no serviço, às vezes, fica muito isso, é trabalho e trabalho, e essas ações (intersetoriais) que precisariam ser mais pensadas e discutidas acabam ficando em segundo plano. Grupo 2 (R2).*

*Às vezes, a gente deixa de participar do visitão que é superimportante, mas porque a gente tá atrelado a outras coisas que o preceptor poderia estar resolvendo, e a gente perde a oportunidade de aprender e aumentar o conhecimento, que esse é o real objetivo da residência, por que ele vai estar no serviço pelo resto da vida e a gente só por dois anos. Grupo 2 (R2).*

Tais depoimentos apresentam-se com muita ênfase, no segundo ano, na fase de conclusão, momento com maior dimensão do processo de formação e suas dificuldades, constata-se, então, que o processo de formação continuada contribui para o crescimento profissional, por isso mesmo, possibilita maiores condições de reconhecer que ainda há muitos entraves relacionados ao excesso de carga horária prática em detrimento da teórica; necessidade de ações para além do procedimento e a compreensão por parte da equipe que os Residentes não são mão-de-obra, que estão vivenciando um processo de formação.

Ressalte-se que ficou muito patente que a centralidade das ações curativas e da realização de procedimentos, até a exaustão, torna muito distante a possibilidade do exercício do trabalho em equipe voltado para abordagens com base no conceito ampliado, reduzido a um exercício em geral não praticado, ou esporadicamente vivenciado, como exceção, prevalecendo a utilização mais como mão de obra do que como exercício de experienciar práticas inovadoras, moldadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Também houve consenso entre os residentes de primeiro e segundo ano em relação ao currículo, apontando a necessidade de rever a grade curricular para que contemple todas as profissões e suas reais necessidades.

*Eu acho que algumas disciplinas da formação poderiam ser melhor planejadas, o pessoal não sabe o que faz e coloca qualquer coisa nos eixos, tem que ter cuidado, porque eu, particularmente, eu levo em consideração a teoria que eu aprendi na universidade [...], então tem que organizar melhor essas disciplinas, a sensação que tenho é que, vamos ali colocar uma aulinha ali pra eles, né? Vamos completar a carga horária teórica! Tem que ter um cuidado maior até do ponto de vista do conhecimento, o que a gente tem na prática, o que a gente precisa saber? Grupo 1 (R1).*

*Muitas vezes, a carga teórica tem que ser cumprida de alguma forma e não se preocupam com a qualidade com que aquilo ali está sendo feito, de que forma aquilo vai contribuir com você e com o serviço [...]. Grupo 1 (R1).*

*Eu senti falta em um eixo2 voltado para o crescimento e o desenvolvimento de uma criança, a gente não teve isso, então, pra gente sair especialista em atenção à saúde da criança, eu acho que é o básico que a gente deixa de ter. Grupo 2 (R2)*

*Acaba que o currículo ainda é muito médico, é multiprofissional, mas o currículo ainda é muito médico, as disciplinas são bem médicas. Grupo 2 (R2).*

*[...] tem que repensar a metodologia, a gente faz estudo de caso uma vez ao mês pra quê? Só para constar como uma nota? Ou então como uma disciplina? Não, gente! O estudo de caso tem que ser algo constante. Grupo 2 (R2).*

*[...] ainda é preciso fortalecer esses vínculos entre as profissões pra que seja de fato multiprofissional; Por que é assim, residência multiprofissional e residência médica, então, multiprofissional o médico não tem que tá inserido? Mas ainda tá separado, não só na terminologia, mas também na prática, mas eu considero que mesmo com as dificuldades e todos entraves, eu me sinto hoje mais preparada do que na época em que terminei a graduação. Grupo 2 (R2).*

Tais depoimentos permitem inferir que o projeto pedagógico dos Programas de Residência deve contemplar, conforme a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), núcleos específicos dos saberes e práticas de cada profissão, mas com um direcionamento multidisciplinar e interdisciplinar, organizado por atividades teóricas, práticas e teórico-práticas. Os cenários de aprendizagem devem promover, por meio de linhas de cuidado nas redes de atenção, uma formação integral. O projeto deve contemplar metodologias que busquem a integração dos saberes e práticas, que possibilite construir competências compartilhadas, constituindo um constante desafio no atual contexto da política de saúde.

A carga horária é distribuída de acordo com as determinações da CNRMS, ou seja, as 60 horas semanais devem ser direcionadas por seus eixos nas atividades teóricas, práticas e teórico-práticas, garantindo o ensino em serviço, porém, é notório a ênfase nas atividades assistenciais e no desenvolvimento de atividades que representem respostas às demandas imediatas e encaminhamentos focados na doença, secundarizando o tripé ensino, pesquisa e extensão.

Contudo, pode-se observar que há inovações em relação às experiências anteriores em saúde, pois propõem um recorte interdisciplinar assumindo um compromisso com o ensino em serviço, distanciando da contraposição de treinamento em serviço. Do ponto de vista legal, há uma preocupação pedagógica, mas que não se materializa no cotidiano, posto que os recursos humanos, responsáveis por viabilizar os Programas de Residência, não estão previstos pela política, designando as próprias instituições e seus profissionais que se organizem para atender as atividades da Residência. Nas Instituições de Nível Superior (IES), não está previsto nas atribuições dos professores a realização de atividades docentes na Residência (MENDES, 2013).

A participação nos espaços de controle social ainda não é priorizada como um processo central na formação dos Residentes, tendo em vista que não há reserva de carga horária para a participação em conselhos ou conferências de saúde, mesmo sendo um espaço de luta e de direção para a política de saúde, promovendo espaços permeáveis ao controle da sociedade. Necessita-se da integração entre ensino – serviço – gestão – controle social, qualificando para as reais necessidades do SUS; precisa-se conhecer a estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e a organização de conhecimentos do setor (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle em saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.09).

Dentre as dificuldades vivenciadas, destacou-se o fato de que, em geral, na prática, os residentes mencionam que vêm sendo tratados como mão de obra, em muitas situações vistos como meros executores de tarefas, assumindo atividades que deveriam ser dos próprios funcionários, isso se deve, principalmente, ao fato de que os serviços se estruturam sob crescente insuficiência de pessoal do quadro efetivo, a contratação permanente não acompanha a implantação de novos serviços e tampouco a reposição de pessoal, em casos de afastamentos por férias, licença para tratamento de saúde e/ou

aposentadorias; também não contemplam, na carga horária cotidiana, as atividades que os preceptores incorporam a partir da implantação das Residências, muito menos a sua participação em espaços como fóruns coletivos de participação política, em torno da necessidade de fomento de avaliação conjunta com os docentes, dentre outros espaços próprios da Residência que precisam ser ocupados, pois permitem a possibilidade de interferir na condução da política nacional e assim enfrentar os desafios da RMS.

Sobretudo, constitui um constante desafio para os trabalhadores e gestores do SUS incorporarem em sua prática cotidiana ações que visem à integralidade da atenção, pois requer repensar os processos de trabalho, o modelo assistencial e gerencial, as relações entre Estado e sociedade. Nesse sentido, a sobrecarga concorre negativamente, contrariamente ao desenvolvimento de práticas interdisciplinares construídas coletivamente centradas na atenção integral; implica rever a forma de organização dos processos de trabalho e a quantidade de profissionais para assegurar atenção à saúde e não apenas a realização de procedimentos.

Pode-se destacar como um nó crítico da Residência a interdisciplinaridade, pois não basta inserir profissionais das diferentes áreas em um programa, isto não garante interdisciplinaridade, posto que interdisciplinaridade “[...] supõe a abertura para o conhecimento do outro, as trocas e reflexões com inúmeros pontos de vista diferenciados, a complementaridade e a construção de projetos com objetivos comuns” (NOGUEIRA, 1998, p.47). Neste sentido, destacam-se as falas de alguns residentes que retratam os limites da efetivação do trabalho interdisciplinar.

*[...] a denominação em si da residência, que eu pensei que fosse Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, e esse termo, integrada, por mais que seja uma coisa simples, mas já que a gente perdeu e agora que é só residência multiprofissional em saúde, pelo menos pra mim, dá impressão de que só o multiprofissional fica cada um na sua profissão, que tem o contato, mas não tem a integração [...]. Grupo 2 (R2).*

*A corresponsabilização, a gente é tão compartimentada, é todo mundo tão na caixinha, que a partir do momento que a gente quer trabalhar integrada a pessoa vai embora porque não sabe fazer isso, a gente não sabe fazer isso [...]. Grupo 1 (R1).*

*Algumas pessoas conseguem trabalhar desta forma e outros não, o que é complicado, porque aqui nós somos um hospital escola, é um hospital universitário, um hospital que tem a residência multiprofissional, o que é maravilhoso, você tem o outro profissional aqui e tem a quem recorrer, por que não fazer uso disso?! [...]. Grupo 1 (R1).*

*Acho que a equipe fica muito voltada a ações pontuais e imediatas, voltadas para o procedimento. Grupo 1 (R1).*

*[...] o que se fala é que você vai manter contato com o médico, o médico é que prescreve o medicamento, então, você só vai poder contar com o médico, ele não integraliza, tem essa visão, não sei se é o certo, a causa disso tudo é a formação [...]. Grupo 1 (R1).*

Para além das dificuldades, foi consenso entre todos os residentes a contribuição da Residência para o processo de formação, pois simboliza a possibilidade de qualificação e aprimoramento do conhecimento, como evidencia-se na fala a seguir, na qual é destacada a contribuição do processo de formação:

*[...] quando eu cheguei aqui foi que pude abrir realmente minha visão e pude me identificar e me posicionar dentro da rede, às vezes, você fala em rede, rede, rede, mas na graduação fica meio perdido, qual o meu papel? O que é que eu vou fazer? Com quem eu posso contar? Aqui na residência eu pude me identificar mais e ver o que é que eu posso fazer, aonde eu posso encaminhar, com quem posso falar e*

*me encontrar como profissional, eu acho que a residência me proporcionou mais isso – intersectorialidade. Grupo 2 (R2).*

Entretanto, para uma real mudança de paradigma, é necessário romper com o modelo assistencial médico-hegemônico, um grande desafio histórico do SUS. A Residência Multiprofissional tem um forte potencial neste sentido, mas, de antemão, precisamos assegurar um programa com uma formação consistente e coerente com a concepção ampliada de saúde, caso contrário podemos cair na armadilha de reproduzir práticas antigas de caráter paramédico com uma noção e experiência muito incipiente de trabalho em equipe multiprofissional. Em geral, reduzido ao simples ato de um profissional encaminhar demandas para o outro.

## Conclusão

A presente pesquisa revelou que a Residência tem contribuído para qualificar o trabalho nos serviços de saúde e possibilitado, ainda que de forma muito tímida, uma visão ampliada de saúde. Pelo que foi possível detectar, os depoimentos e consensos obtidos durante a realização dos dois GF, incorporam uma visão crítica e apontam elementos importantes para a reavaliação dos conteúdos e metodologias adotadas, na perspectiva de possibilitar passos mais largos em direção a uma formação mais sólida na direção da intersectorialidade e interdisciplinaridade, com vistas a uma atenção que avance na promoção da saúde alinhada à perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira.

Foi evidenciado, ao longo desse estudo, que há limites importantes que inibem o potencial do Programa de RMS em contribuir com o projeto contra-hegemônico na saúde. Requer resistir e ousar, inclusive buscando aprimorar e revisar o currículo de forma a contemplar as particularidades e necessidades das diversas profissões envolvidas, no sentido de fortalecer o eixo comum, tornando-o ainda mais potencializador de:

1. Discussões mais aprofundadas sobre a política de saúde e suas tendências; oportunizar a vivência e a participação dos residentes nos espaços de controle social, como as conferências e os conselhos de saúde;
2. Estratégias com vistas a maior interação, aproximação das residências multiprofissional e médica;
3. Práticas capazes de estimular a participação dos residentes nas ações de educação em saúde;
4. Práticas permanentes de discussões de caso que contemplem toda a equipe;
5. Possibilidades à preceptoria de tempo de trabalho socialmente necessário para uma maior participação nas atividades da residência e, com isso, a capacitação.

Dentre outras sugestões apontadas, corroboram as recomendações de Mendes (2013, p. 195) no sentido de que “podem e devem estar previstas as estratégias que resguardarão o caráter pedagógico da residência, face ao risco de exploração de mão de obra dos residentes”.

É preciso considerar que, mesmo que algumas questões envolvam outros níveis de governabilidade, por dizer respeito a uma política de âmbito nacional, as instituições executoras dos Programas têm autonomia para trabalhar as questões relacionadas ao processo de formação, garantindo a presença dos preceptores nos espaços, pensando atividades que priorizem o caráter pedagógico em relação ao assistencial, como: reuniões, visitas institucionais, sistematização e discussão dos atendimentos, assim como orienta Mendes (2013).

Há desafios que permeiam a formação dos Programas de Residência Multiprofissional, que exige uma articulação e organização política de enfrentamento, este atrelado principalmente à carga horária

exaustiva, que corresponde a 60 horas semanais, rebate diretamente no próprio fazer profissional, pois não possibilita ao Residente refletir sua prática e, com isso, repensar suas intervenções, o que acarreta a formação de um profissional imediatista e tecnicista.

Infelizmente, conforme evidenciado na pesquisa, a educação em saúde é secundarizada nas atividades: há uma valorização dos atendimentos individuais, existe muitas dificuldades para materializar a tríade “integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade” que compõe os objetivos da Residência.

Torna-se necessário, de fato, superar a lógica de treinamento em serviço e pensar a Residência enquanto espaço, de fato e de direito, de formação continuada que forma para o SUS, na luta pela consolidação dos princípios da perspectiva da RSB.

Refletir sobre o agir intersetorial remete à integralidade ampliada do cuidado, exige pensar as determinações micro e macrosociais, a dimensão sócio-histórica, sua relação com a vida individual e coletiva, sendo necessária, no cotidiano dos processos de trabalho, a perspectiva interdisciplinar, compreendendo a importância de cada saber como possibilidade de intervenção, elencando a intersetorialidade como estratégia de atuação em equipe, o que requer alterar o modelo assistencial e de gestão, conforme bem coloca Costa (2014). Nesse sentido, não há dúvidas de que o Programa de RMS representa um campo fértil de potencialidades para novas práticas.

## Referências

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto Reforsus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://reforsus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 jul. 2016.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 11.129**, de 30 de junho de 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550**, de 15 dezembro de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Resolução nº 466**, de 13 de junho de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html)>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. O serviço social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.
- CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.) **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 18-22.
- CLOSS, Thaís Teixeira. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para integralidade?** 1.ed. Curitiba: Appris, 2013.
- COSTA, M.D.H. **A contribuição dos assistentes sociais à construção da intersetorialidade**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.
- \_\_\_\_\_. A intersetorialidade como estratégia para a construção da saúde como política de seguridade. Jornada Internacional de Políticas Públicas – JOIMP, São Luiz Do Maranhão, **Anais...** 2015.
- GOMES, E.S; BARBOSA, E.F. **A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Instituto de Pesquisa e Inovações Educacionais – Educativa. 1999. Disponível em: <[http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco\\_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D\\_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf](http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf)> Acesso em: 10 jan. 2017.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES. Regimento Geral Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Áreas Profissionais da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte da Natureza do Programa e Público-Alvo. **Boletim de Serviço - UFRN Nº 080 02.05.2011** Fls. 65. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/huol-ufrn/residencia-multiprofissional>> Acesso em: 03 jan. 2017.
- IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

- JUNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer? **Cadernos de saúde**, Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011.
- LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, p. 7-25, 1982. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- LEAL, K. E. **Serviço social como profissão da saúde**: contribuições ao debate. 2015, 13p.
- MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. O processo de produção do capital. Livro I. 3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.1.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.) Rio de Janeiro: Ed. da UERJ/IMS: ABRASCO, 2006, p 43-68.
- MENDES, Alessandra Gomes. Residência multiprofissional em saúde e serviço social. In: RAMOS, Adriana; SILVA, Letícia Batista et al. (Orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.
- \_\_\_\_\_; SILVA, Letícia Batista. Serviço social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: RAMOS, Adriana; SILVA, Letícia Batista et al. (Orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. **Intersetorialidade na política social**: reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais. Pelotas/RS, 2011. O direito à saúde e à proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, Diprosul. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Revista Katálysis**, Florianópolis-SC, n.3, p.40-48, 1998. Disponível em:<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/kat%20alysis/article/view/5652>>. Acesso em: 10 jan. 2017
- VASCONCELOS, K.E.L.; COSTA, M.D.C.(Orgs.). **Para uma crítica da promoção da saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

---

<sup>1</sup> “A concepção da determinação social da saúde é basilar nas teses clássicas da RSB, tendo influência do referencial marxista. Tal perspectiva põe em questão as limitações do modelo biomédico para explicar o processo saúde-doença e defende que a saúde está relacionada à organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social” (VASCONCELOS, 2015, p.09).

<sup>2</sup> Tinha como objetivos: “a recuperação física, tecnológica e gerencial de estabelecimentos de saúde do país que prestam serviços ao SUS; o aprimoramento da gestão de políticas e de sistemas de saúde; a elevação do grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços” (BRASIL, 2002).

<sup>3</sup> “O Serviço Social é uma profissão, regulamentada pela Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993, inserido na divisão social e técnica do trabalho, surge como estratégia de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, por meio da Resolução nº 383, de 29 de março de 1999, elucida a direção social do trabalho do Assistente Social, enfatizando a formação generalista da profissão, reconhece como profissão da área da saúde, mas não de forma exclusiva, ressaltando a perspectiva do trabalho interdisciplinar.