

Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família

Health work, professional qualification and the role of social work in multiprofessional residence in family health

VALDILENE PEREIRA VIANA SCHMALLER *

JANICE LEMOS **

MARIA DAS GRAÇAS E SILVA ***

MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA ****



RESUMO – O artigo discute as especificidades, atribuições e a vivência do trabalho do assistente social na área da saúde. Este estudo foi elaborado a partir da inserção na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, compreendendo que o profissional de Serviço Social atua nas expressões da questão social, nos determinantes sociais do processo saúde-doença, tendo em vista atender às reais necessidades de saúde da população e os princípios e diretrizes do SUS. Considera-se que a formação em saúde não deve perder de vista a identidade profissional bem como os fundamentos e o projeto ético-político da profissão.

Palavras-chave – Qualificação profissional. Trabalho em saúde. Serviço Social. Residência.

ABSTRACT – The following essay discusses the trials and tribulations of the social worker's role in the health care system. This study has been elaborated using data from an insertion in the Multiprofessional Family Health Residence. Considering that the social worker acts upon the expressions of the social question and the social determinants of the health-illness process, and in order to fulfill the real health needs of the population and the principles and guidelines of the SUS, it is believed that the health formation shall not lose sight of the professional identity nor the profession's principles and its ethical-political project.

Keywords – Professional qualification. Health work. Social work.

* Doutora em Serviço Social, professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMUSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife – PE/Brasil. *E-mail:* valdileneviana@uol.com.br.

** Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), assistente social na prefeitura da cidade do Recife – Secretaria de Assistência Social – Instituto de Assistência Social e Cidadania – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – População em situação de rua (CREASPOP)/IASC/SAS, Recife – PE/Brasil. *E-mail:* janice_lemos@hotmail.com

*** Doutora em Serviço Social, professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife – PE/Brasil. *E-mail:* graca_pe@yahoo.com.br

**** Doutora em Saúde Pública, professora do Departamento de Fonoaudiologia, do Mestrado em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMUSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife – PE/Brasil. *E-mail:* mluizatimoteo@bol.com.br
Submetido em: outubro/2012. Aprovado em: dezembro/2012.

Nas últimas décadas do século XX configurou-se um conjunto de transformações nas formas de acumulação e no mundo do trabalho em decorrência da crise cíclica do capital. Em resposta à crise, temos a construção de diversas estratégias, como a reestruturação produtiva, a mundialização do capital e a ofensiva neoliberal,¹ uma resposta antidemocrática e conservadora do capitalismo para recuperar as perdas geradas. As consequências da adoção de tal programática geram repercussões para as diversas esferas da vida social, entre elas as políticas sociais, como as de saúde e educação (que são temáticas centrais do nosso estudo) e afetam sobremaneira a classe que vive do trabalho, atingindo sua objetividade, subjetividade e sociabilidade.

No Brasil, desde o final da década de 1980, a política de saúde vem passando por uma série de alterações, como fruto das mobilizações do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), em suas proposições pela garantia da saúde como um direito universal, compreendida como resultante da complexa produção social, sobretudo da distribuição de riqueza, sendo resultado dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença da população brasileira. Como resultado das proposições do MRS, a saúde é hoje considerada legalmente como “direito de todos e dever do Estado”.

Com a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90, temos instituído e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui princípios e diretrizes que visam garantir à população o acesso universal, integral, igualitário, com resolutividade.

A construção do SUS requer a reorganização de todo o sistema. Com isso, o Ministério da Saúde (MS) adota, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF)² como discurso de reorganização da Atenção Básica. A proposta apregoa a incorporação da concepção ampliada de saúde, o estímulo aos profissionais a transformarem o agir em saúde voltado às necessidades reais de saúde da população. Isso requer construir um processo do trabalho que reflita e analise sobre as contradições presentes na sociedade, mas, sobretudo, que o trabalho em saúde seja pautado numa abordagem que compreenda a saúde como direito à vida e não como mercadoria.

Desta forma, reorganizar o sistema de saúde a partir da Atenção Básica impõe mudanças na formação e a qualificação profissional,³ considerando que a rede básica é fundamental para gerar mudanças nas universidades, e é justamente um dos dispositivos atualmente adotados pelo Ministério da Saúde: as Residências Multiprofissionais de Saúde (RMS).

Antes de adentrarmos em tal temática, cumpre pontuar que, apesar de todas as reivindicações e propostas do MRS, bem como dos avanços legais, as alterações no modelo de atenção, gestão e formação em saúde são ainda embrionárias, em virtude dos inúmeros obstáculos com os quais o SUS tem se deparado, em um cenário de ajuste fiscal, corte dos direitos sociais e mercantização das políticas sociais. No âmbito da saúde, a conjuntura é:

A não implementação do preceito constitucional da Seguridade Social; o subfinanciamento; precarização das relações, remunerações e condições de trabalho; insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde (PAIM, 2008, p. 245).

É nesse cenário contraditório que as propostas em torno da reestruturação da formação em saúde ganham fôlego, principalmente os projetos pedagógicos de formação para o Sistema único de Saúde (SUS) que tenham por base a interdisciplinaridade,⁴ uma vez que “[...] busca responder à necessidade de superação da visão fragmentada nos processos de produção e socialização do conhecimento” (THIESEN, 2008, p. 545).

As residências multiprofissionais agregam diversos campos de saberes e têm por princípio o ensino, a pesquisa e a intervenção, envolvendo instituições públicas e privadas em todas as regiões do país. São direcionadas para atuar na rede de Atenção Básica, tendo como apoio na formação os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Defendemos que os assistentes sociais, por atuarem na saúde, não abdicuem da identidade profissional, mas que a atuação nas Residências Multiprofissionais passe “pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões”. Portanto, não devem prescindir da especificidade do Serviço Social e devem agir embasados pelo Código de Ética e da Lei que regulamenta a categoria.

Inicialmente se abordará a saúde como direito e a contrarreforma do setor com as estratégias de privatização do público pelas Organizações Sociais (OS). Num segundo momento trataremos da educação e formação profissional em saúde com ênfase nas residências multiprofissionais. Na sequência iremos descrever o cenário atual dos programas de residências multiprofissional e em área profissional da saúde, com destaque para os programas. Discutiremos a atuação do Serviço Social na Residência em Saúde da Família, destacamos as atribuições, instrumentos técnico-operativos e interdisciplinaridade.

Material e métodos

Para elaborar o estudo da formação e qualificação profissional, em particular a atuação do assistente social no PRMSF, optamos pelo método dialético, por compreendermos que “os princípios de especificidade histórica e de totalidade lhe conferem potencialidade, para, do ponto de vista metodológico, apreender e analisar os acontecimentos, as relações e as etapas de um processo como parte de um todo” (2006, p. 26). A pesquisa é exploratório-descritiva de abordagem qualitativa.

Quanto aos seus procedimentos técnicos, utilizamos a pesquisa bibliográfica constituída principalmente de livros e artigos científicos e a pesquisa documental de fonte secundária, ou seja, documentos que já foram processados, reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa, como relatórios, portarias, tabelas, etc. Estes documentos são originários dos Ministérios da Saúde e Educação e publicados no período de 2009 a 2011. Além disso, foram utilizados dados empíricos que resultaram de observações, realizadas no período de 2010 a 2012, na Unidade de Saúde da Família, nas reuniões de supervisão do núcleo de tutoria e nos módulos teóricos. Essas observações foram registradas em diário de campo e interpretadas a partir do referencial teórico pertinente ao objeto de estudo.

Para estabelecermos uma sequência ordenada de análise optamos por Bardin (2009) para compreender os significados e os conteúdos discursivos. O caminho seguiu as etapas interpretativas: leitura dos documentos; identificação das ideias e contextos; busca dos sentidos; decodificação das informações coletadas nos textos; articulação entre o referencial teórico; elaboração do quadro síntese dos significados com os objetivos do estudo.

A saúde como direito

Inicialmente, é importante mencionar que a reestruturação da formação em saúde era pauta do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que punha em questão o conhecimento acadêmico científico que norteava os serviços, a formação e a gestão em saúde: o modelo flexneriano, com bases no pensamento positivista que ressalta os aspectos clínico, biológico, individual e da tecnificação do ato

médico, com ênfase no curativismo. Colocava-se como necessário, portanto, ultrapassar o modelo hegemônico também no âmbito da formação, em contraponto ao modelo da saúde coletiva, na busca de responder às reais necessidades e problemas da população a partir da organização das ações e serviços de saúde com base na cogestão e numa concepção de saúde como direito social.

Atualmente, no setor saúde a contrarreforma que afeta diretamente a educação profissional em saúde se constitui através de várias iniciativas, dentre as quais destacamos: a expansão de instituições de ensino superior mediante a abertura de novos cursos sem a infraestrutura necessária para uma formação voltada à consolidação da saúde pública, através do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI);⁵ a expansão do financiamento público para estudantes em universidades privadas; a criação de novos modelos de gestão da saúde, através das organizações sociais, entidades de direito privado que desempenham atividades públicas, não exclusivas do Estado, como é a proposta da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), voltada para a gestão dos hospitais universitários; a introdução da noção de competência no sentido mercadológico na formação profissional; os sistemas seriados e educação à distância (EAD) como forma de acesso ao ensino superior.

É indispensável mencionar que a privatização e a precarização das relações de trabalho são algumas das expressões da crise do capital que repercutem e perpassam a qualificação dos profissionais da área da saúde. Desta forma, concordamos com Soares (2012, p. 93) quando diz: “[...] podemos afirmar que fundamental existem três grandes projeto em confronto na política de saúde: o projeto *privatista*, o projeto do *SUS possível* e o projeto da *reforma sanitária*” (grifos da autora). O projeto “SUS possível”, no qual os Programas de Residências Multiprofissionais foram tencionados,

é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esses processos como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2012, p. 93).

Soares (2012, p. 87) diz que os “três alicerces que compõem o núcleo da reforma sanitária brasileira que são atingidos pela contrarreforma e sua racionalidade” são a “*a politização da saúde* – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior; a *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde com direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde e a *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*” (idem; (grifos da autora).

Assim, para a autora, “as estratégias de contrarreforma na saúde colocavam-se da seguinte maneira: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma e foram ou qualquer tipo de alteração substancial” (p. 89). Consideramos que todos estes aspectos apontados interferem no modelo de atenção à saúde pautado no projeto de reforma sanitária, nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS e da concepção de saúde como direito.

É neste contexto de crise, contratendência e disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista que, em 2005, são criados os Programas de Residência Multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde, sobre os quais trataremos a seguir.

Os Programas de Residências Multiprofissional e Profissional em Área da Saúde

O MS tem utilizado diversas estratégias para reestruturar a educação profissional em saúde. Para tal, propõe, junto ao Ministério da Educação, mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, Programas de Reorientação Profissional, entre outros, numa tentativa de superar o modelo flexneriano fortemente presente na formação.

Entendemos que a formação em saúde não ocorre no vazio, pelo contrário, ocorre no interior da política de educação e da saúde. Sobre esta última vêm incidindo fortes mudanças, tendo por base o núcleo ideocultural denominado de *inovações* do setor, a contrarreforma do setor saúde.

Na década de 2000, são desenvolvidas algumas iniciativas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde. Em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006b, p. 6), com o objetivo de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o art. 200 da Constituição Federal.

Tendo em vista o incentivo à formação em saúde, no ano de 2004, o MS cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP). No ano de 2009, o MS resolve “definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde” (BRASIL, 2009a, p. 8).

O MS, além disso, apoia a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)⁶ e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET),⁷ na perspectiva de gerar mudanças na formação dos trabalhadores da saúde e fortalecer a relação ensino-serviço.

Vale destacar que um forte componente dessa indução é o financiamento do MS para as instituições e secretarias estaduais de saúde contempladas, com fornecimento de bolsas para alunos, preceptores e tutores para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisas e extensão na área da atenção primária à saúde. Mesmo antes dessas iniciativas, o MS reconhecia a necessidade de ampliar para além da medicina a formação na modalidade Residência.

Neste sentido, o Departamento de Atenção Básica (DAB) e sujeitos envolvidos com o Movimento Sanitário, em 1999, propõem a reinvenção das Residências em Saúde da Família. Deste modo, foi organizado um seminário que teve como produto um documento entregue ao MS com uma proposta de financiamento internacional para as residências médicas,⁸ multiprofissionais, posteriormente, os programas da Área Profissional da Saúde.⁹

Para Ceccim (2009, p. 234),

[...] Foi a acirrada posição das entidades médicas que fez constar, na lei, que a criação da Residência em Área Profissional da Saúde se destinava às profissões da saúde, excetuada a categoria médica (ocorre uma inversão discursiva na linguagem hegemônica: de “médicos e não médicos” para “profissionais de saúde, exceto médicos”).

Em 2001, recursos viabilizadores para a manutenção dos programas são assegurados e posteriormente repassados. Em 2002, são criadas 19 residências multiprofissionais¹⁰ em Saúde da Família e, em 2005, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e em Área Profissional da Saúde são instituídos conjuntamente pelo MS e MEC.^{11,12} Na sequência, o MEC¹³ estabelece no art. 1º, com o qual as residências¹⁴ “se constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 02 (dois) anos”.

Faz-se importante registrar que tais iniciativas estão previstas no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), quando este afirma que o fortalecimento da Atenção Básica é uma prioridade e, para isso, deve

ser realizada a qualificação dos profissionais para atuação neste nível de atenção, seja pela sua característica multidisciplinar, seja pela necessidade do SUS em formar profissionais da saúde.

Vale aqui ressaltar que “o Serviço Social tem na questão social a base de da fundação como especialização do trabalho” (IAMANOTO, 1998, p. 27), além de suas expressões¹⁵ que intervêm nos determinantes sociais da saúde, tais como: pobreza, violência, falta de escolarização, desemprego, desigualdades sociais e culturais, baixa participação social, dentre outras.

O Ministério da Saúde afirma que as Residências Multiprofissionais e Áreas Profissionais em Saúde promovem

não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial 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 políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, como a política de educação (BRASIL, 2010, p. 20).

As características das Residências são formação em serviço, supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), supervisão acadêmica (tutoria), regime de dedicação exclusiva, cenários de formação e práticas em serviços da rede de atenção à saúde nos três níveis de complexidade.

Nas Residências as atividades de formação têm por objetivo desenvolver habilidades e competências para profissionais atuarem em determinadas situações locais de saúde. Entendemos que os residentes são profissionais em desenvolvimento de aprendizagem; a responsabilidade por sua supervisão técnica e orientação teórica é da instituição de ensino. No entanto, ao mesmo tempo em que estão em formação, os residentes também são profissionais licenciados e respondem ética e legalmente pelo exercício da prática e pelas atividades desenvolvidas nos serviços.

Entendemos que a formação e qualificação profissional em saúde é parte essencial da educação; logo, deve ser orientada para o desvendamento das contradições da realidade social. Portanto, “deve ser orientada pela e para a emancipação humana” (PEREIRA; RAMOS, 2006). Além disso,

[...] defendemos a necessidade de enfatizar a utilização do legado freiriano como um dos alicerces político-pedagógicos das globalizações contra-hegemônicas. Afinal, a ação dialógica, a conquista da consciência crítica, a problematização, a pedagogia da autonomia, da ética e da justiça social podem vir a ser antíteses da educação que hoje ajuda a sustentar a globalização hegemônica e o neoliberalismo (SCOCUGLIA, 2008, p. 50).

Assim, torna-se imperativo um projeto de educação profissional em saúde ancorado na perspectiva contra-hegemônica, ou seja, um “aparato educacional voltado para os interesses, valores e necessidades das camadas oprimidas; combate aos determinismos práticos e teóricos; os direitos dos oprimidos ao conhecimento; o trabalho como uma das matrizes do conhecimento político; a construção da pedagogia da autonomia” (SCOCUGLIA, 2008, p. 48).

Entendemos que, no processo educativo-profissional em saúde das Residências Multiprofissionais, as especificidades e particularidades da profissão não devem ser substituídas pela lógica das competências nos processos de trabalho. É importante ressaltar também que “a existência de projetos contra-hegemônicos de educação do trabalhador desvela as possibilidades de resistência (reação e criação) geradas no embate entre capital e trabalho, entre cultura civilizatória e cultura da barbárie, entre emancipação e adaptação (como forma resultante da alienação)” (PEREIRA, 2008, p. 394).

É nestes termos que temos que pensar e reconstruir a educação profissional nas Residências Multiprofissionais em Saúde, como um espaço de formação em processo de construção, nas dimensões que une aprendizagens problematizadoras, trabalho, política e autonomia.

Cenário atual dos Programas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da

Saúde

Os Programas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde abrangem 14 profissões.¹⁶ A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, no ano de 2007, realizou uma revisão do cadastramento dos programas e constatou, no ano de 2007, a existência de “139 programas, sendo 14 deles (10%) multiprofissionais e 125 (90%) em área profissional da saúde” (BRASIL, 2009b).

Segundo Haddad (2009, p. 228), “até 2006, a SGTES apoiava programas de Residência Multiprofissional em 11 estados. A ampliação do apoio em 2008 permitiu a expansão para 24 dos 27 estados brasileiros. Entre 2006 e 2008, o Ministério da Saúde financiou a formação de 1.487 profissionais pela RMS”. Já com relação aos dispêndios com os programas de residências, a autora (2009, p. 228) afirma que:

Do orçamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) referente à unidade programática ‘Formação superior’, 11,84% foram destinados ao financiamento de Residências em 2005, passando para 30% em 2006 e 34% em 2007. A ampliação ocorre mesmo face ao necessário fracionamento interno nas diferentes frentes de ação do Ministério da Saúde na área: Pró-Saúde, PET Saúde, Telessaúde Brasil, UNA-SUS, Educação Permanente. No orçamento de 2008, os investimentos nas Residências equiparam-se aos do Pró-Saúde, programa estruturante prioritário, destinado a apoiar as mudanças nos cursos de graduação da área da saúde.

No final do ano de 2009 é lançado o Edital 24/2009¹⁷ para seleção de projetos de programas de residências. A homologação com os projetos selecionados foi publicada na Portaria Conjunta n. 1, de 24 de fevereiro de 2010. Ao todo 59 projetos foram aprovados e concedidas 499 bolsas,¹⁸ distribuídas por categoria profissional, a saber: 141 bolsas para a área de Enfermagem; 108 para Psicologia; 42 para Nutrição; 38 para Serviço Social; 37 para Fisioterapia; 35 para Farmácia; 18 para Educação Física; 17 para Terapia Ocupacional; 15 para Fonoaudiologia; uma para Ciências Biológicas (BRASIL, 2011, p. 24).¹⁹

No ano de 2010 vários programas de residências foram contemplados com bolsas,²⁰ sendo ao todo 60 concedidas.²¹ As residências na área de Atenção Básica obtiveram 23 bolsas (38%); seguida da área de Saúde Bucal, com 15 (25%); Saúde Mental, com seis bolsas (10%); Saúde da Família, com três; Atenção ao Câncer, com três; Urgência e Emergência, com duas; Saúde da Criança, com duas. Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Saúde Coletiva; Reabilitação Física; Atenção Especializada à Saúde; Atenção à Saúde: cada uma com uma bolsa.

No ano de 2012, 52 programas receberam financiamento, segundo dados da coordenação geral de residências em saúde do MEC,²² tendo sido distribuído um total de 79 bolsas para os Programas de Residências Multiprofissionais e 159 para Programas em Área Profissional da Saúde.

Sobre a realidade na qual estamos inseridas, no estado de Pernambuco, é importante registrar que os programas de residências em saúde em diversas modalidades vêm crescendo em Recife. Para ilustrar este aumento, tínhamos na capital do estado, entre os anos de 1992 e 1996, apenas duas

Residências Multiprofissional em Saúde Coletiva, estas vinculadas a duas instituições de ensino superior, a Universidade de Pernambuco (UPE) e o Centro de Pesquisa Ageu Magalhães (FIOCRUZ/CPqAM). Já em ano de 2002, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) criou a Residência Multiprofissional em Saúde; em 2006 foi criada a Residência Medicina de Família e Comunidade do IMIP e também na UFPE; em 2008 a UPE criou a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família; em 2010 a UFPE instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas (HC/UFPE). A Universidade de Pernambuco (UPE), no mesmo ano, criou a Multiprofissional em Saúde Mental.

Para o estado de Pernambuco foi aprovado e publicado na Portaria Conjunta n. 1 de 24 de fevereiro de 2010 os seguintes programas: Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Recife; Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco (UPE); Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão; e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, em parceria com a Secretária Municipal de Saúde (Distritos Sanitários IV e V), esta última com 20 vagas, dez cursos, sendo duas por área profissional (Enfermagem; Educação Física; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Odontologia; Psicologia; Serviço Social; Terapia Ocupacional).

Atualmente, o estado de Pernambuco possui em torno de 36 Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, cadastrados no MS e MEC. Registramos que, contraditoriamente, em 2011, o Ministério da Saúde, sob o argumento da ampliação do número de vagas, abriu dois novos programas de Residência Multiprofissional em Saúde para campi avançados da UFPE, para tal reduziu o número de bolsas. Assim, no ano de 2011,²³ o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco teve uma redução de 20 vagas para 12, sendo que dos dez cursos, apenas Enfermagem e Odontologia ficaram com duas vagas, os demais cursos com apenas uma.

Compreendemos que a expansão dos programas de residências para as instituições de ensino, paradoxalmente, vem sendo efetivada a partir da redução do número de bolsas já instaladas. Este fenômeno pode ser observado em vários programas, principalmente em universidades que aderiram ao REUNI para ampliar a oferta de campi avançados. Além disso, contraditoriamente ao aumento do número de programas por instituição de ensino, algumas universidades não reconhecem a carga horária da tutoria, o que aumenta as atribuições e precariza cada vez mais o trabalho docente. Ressaltamos que o Serviço Social não concorreu para preenchimento de vagas para o edital (2012-2014) para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE. A decisão da não inclusão da categoria no programa deve-se ao fato de a universidade, até julho de 2011, não disponibilizar carga horária docente para atividades destinadas à tutoria acadêmica.

O Serviço Social na Residência em Saúde da Família

A inserção e a legitimidade do(a) assistente social no setor saúde vêm ocorrendo desde a criação e da institucionalização da profissão no país. Primeiramente, sua inserção juntos aos serviços de assistência médica e, em seguida, de saúde pública. Com a criação do SUS, o Serviço Social adquire um novo estatuto na área da saúde (KRUGER, 2010; MIOTO; NOGUEIRA, 2007; NOGUEIRA, 2011).

O Serviço Social atua na rede de atenção à saúde nos diversos espaços ocupacionais, além disso, agrega a integralidade (CLOSS, 2012), promoção da saúde (VASCONCELOS et al., 2009), participação social como mecanismo do controle social (BRAVO; CORREIA, 2012) e a intersectorialidade como eixo central na formação profissional.

Costa (1998) afirma que as mais importantes demandas que chegam para os assistentes sociais derivam das contradições presentes no SUS, que se relacionam ao confronto entre a cultura institucional tradicional e o desafio de reorganização dos serviços para adaptar-se às exigências legais de garantia do acesso universal e integral. Contraditoriamente, porém, as demandas do novo modelo de atenção, que tem a Atenção Básica, através da ESF, como a porta preferencial do sistema, também se anunciam no cotidiano profissional. Ressaltamos ainda que, apesar das mudanças no modelo de Atenção à Saúde, a maior parte dos assistentes sociais está inserida nos serviços de média e alta complexidade.

A composição oficial das equipes básicas da ESF não prevê assistentes sociais, mesmo assim, em alguns municípios brasileiros²⁴ temos o Serviço Social como categoria profissional que compõe a equipe. No ano de 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF),²⁵ os(as) assistentes sociais passam a ter possibilidade de inclusão nestes espaços sócio-ocupacionais,²⁶ processo que vem acontecendo em diversos municípios.²⁷

Em relação ao trabalho dessas profissionais no NASF, o Ministério da Saúde preconiza que deve ser desenvolvido:

[...] De forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a práticas e realiza (BRASIL, 2009b, p. 99).

O mesmo documento define que as atribuições do assistente social no NASF são: (1) discutir e refletir permanentemente a realidade social e as formas de organização social dos territórios, pensando em como lidar com adversidades e potencialidades; (2) atender às famílias de forma integral; (3) identificar, articular e disponibilizar redes de proteção social; (4) apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; (5) estimular e acompanhar as ações de controle social; dentre outras.

Para Nascimento e Oliveira (2010), a proposta de trabalho do NASF busca superar a lógica dos modelos convencionais de atenção à saúde, os quais se focam na atenção especializada, fragmentada e individual. Ainda segundo as autoras, o NASF busca concretizar esta superação através da corresponsabilidade e da gestão integrada do cuidado, realizando atendimento compartilhado e projetos terapêuticos que levem em consideração a singularidade dos sujeitos e territórios assistidos. Já a Residência, enquanto espaço de qualificação profissional, aproxima o assistente social do cotidiano da população subalternizada mediante o acesso à comunidade como cenário de prática e serviços de Atenção Básica.

Entendemos que a formação dos assistentes sociais nas Residências requer incluir a problematização sobre os modelos de atenção à saúde e os pontos de vista sobre a Atenção Básica, necessita incorporar no debate acadêmico da formação análises conceituais e tendências sobre a (re)configuração da atenção primária à saúde no contexto de rede de atenção. Ou seja, é a partir das reflexões que a qualificação dos residentes recebe e incorpora a análise sobre o real, portanto, tessitura ideopolítica no processo de consolidação do SUS.

As ações realizadas na Residência levam os assistentes sociais a refletirem sobre o processo de trabalho, modelo médico-centrado e a resistência de alguns profissionais em defender o projeto ético-político da profissão. Bravo e Matos (2007) afirmam que:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde,

assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Destarte, ao mesmo tempo e paradoxalmente:

O projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (idem; grifos nossos).

Para superar essa irrupção do projeto privatista na categoria, somos levados também a repensar as contradições, tensões e disputas que perpassam o mundo do trabalho, as visões de mundo e sociedade que permeiam a formação dos profissionais da área da saúde.

Mourão et al. (2007) afirmam que o processo de trabalho do assistente social no NASF deve ser embasado no trabalho coletivo em saúde, pois fortalece e potencializa novas formas de produzir o agir em saúde. Porém, as autoras ressaltam que é necessário conhecimento teórico-metodológico específico da formação profissional para fundamentar a prática na ESF. Estes fundamentos devem também estar presentes na atuação do Serviço Social na RMS. Bravo e Matos (2007, p. 211) afirmam que na saúde

[...] a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Nestes termos, concordamos com Souza et al. (2011, p. 67), quando asseveram que “a integração ensino-serviço, pautada no trabalho em equipe profissional desenvolvidos pelas residências, deve ser pensada tendo em vista tanto a formação de capacidades coletivas e interprofissionais quanto o fortalecimento daquelas que constituem as especificidades de cada profissão”. Mourão et al. (2007) apresentam as habilidades e conhecimentos²⁸ necessários ao assistente social no Programa de Residências Multiprofissional em Saúde da Família:

1. Avaliar as condições sociais do usuário emitindo parecer social, elaborando diagnóstico social;
2. Elaborar síntese social familiar;
3. Acompanhar as famílias e/ou usuários que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado;
4. Orientar e encaminhar as famílias e/ou usuários para recursos sociais quando necessário;
5. Orientar e encaminhar as famílias e/ou usuários aos benefícios sociais;
6. Identificar redes de apoio para viabilizar atendimento das demandas dos usuários e/ou familiares;
7. Desenvolver propostas de atendimento em grupo para os usuários e família;
8. Estabelecer parcerias institucionais que possibilitem atender adequadamente as demandas das famílias, usuários e comunidade;

9. Fornecer orientações de educação em saúde a família, usuários e comunidade;
10. Estabelecer vias de comunicação participativa com as famílias e/ou usuários (MOURÃO et al., 2007, p. 375-376).

No Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE) o Núcleo de Serviço Social definiu que é imperativo às(aos) residentes, além das habilidades acima destacadas, o domínio de conhecimentos interdisciplinares e teórico-metodológicos específicos que versem sobre as expressões da questão social, compreensão dos determinantes sociais da saúde, atenção primária, domínio dos fundamentos ideopolíticos da promoção da saúde, da educação popular e dos mecanismos de controle social do SUS. Além disso, é preciso habilidade para utilizar os instrumentos técnico-operativos próprios do Serviço Social, tais como análise de conjuntura, abordagem ao usuário e comunidade e visita domiciliar.

Souza (2008, p. 124) argumenta que “o que se coloca para o assistente social hoje é sua *capacidade criativa*, o que inclui o potencial de utilizar instrumentos consagrados da profissão, mas também de criar outros tantos que possam produzir mudanças na realidade social, tanto em curto quanto em médio e longo prazos” (grifos do autor).

Destarte, é importante aqui observar que no trabalho interdisciplinar os assistentes sociais residentes precisam conhecer os diversos recursos disponíveis, inclusive os de saúde, jurídicos e socioassistenciais, para estabelecer e/ou ampliar os vínculos com a comunidade.

Na experiência da RMSF/UFPE, as assistentes sociais atuam junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de dar suporte profissional à equipe da ESF, principalmente através do apoio da equipe de saúde. Além disso, a Residência Multiprofissional que trabalha na lógica do NASF fortalece a atuação junto aos usuários na reorientação do modelo assistencial voltado para a defesa do SUS e dos direitos sociais.

Nestes termos, destacamos ainda que as residentes atuam com base no Código de Ética e buscam a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993).

Desta maneira, entendemos que a formação prática do residente de Serviço Social deve ser fundamentada na defesa da saúde como parte da democratização das relações entre o Estado e a sociedade, tendo como direção política a defesa da reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social, conforme afirmam Bravo e Matos (2007, p. 213), “[...] É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários”.

A Residência Multiprofissional em Saúde, juntamente ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), enquanto formação profissional em saúde, portanto, deve ser compreendida como um processo de conhecimento em construção que se fundamenta na interdisciplinaridade,²⁹ na cultura, nas dimensões históricas e críticas.

Deste modo, torna-se imperativo que a RMS vise à formação profissional fundamentada por um projeto coletivo de saúde, na defesa do direito dos usuários e no fortalecimento de vínculos com a comunidade.

Considerações finais

Este artigo buscou, a partir de revisão da literatura, discutir o trabalho do assistente social na saúde e sua inserção no programa de formação em serviço na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família.

A concepção de trabalho coletivo em saúde na rede de atenção primária requer uma formação acadêmica ampla, além do fortalecimento da relação ensino-serviço com base na luta pela consolidação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

O Serviço Social é requisitado para atuar na realidade social e integra as profissões que fazem parte da área de saúde. É uma profissão que, historicamente, atua nas expressões da questão social e possui uma visão crítica sobre os fenômenos sociais, os determinantes sociais da saúde e o processo saúde/doença.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cujo propósito é capacitar os profissionais dos diversos núcleos de saberes para atuar na Atenção Básica, visam, pelo seu caráter pedagógico de formação em serviço, operacionalizar mudanças na educação profissional em saúde, mediante a inserção de profissionais comprometidos com atenção integral aos usuários do SUS.

Não obstante, vale destacar que a Residência é um espaço de qualificação profissional complexo e contraditório: ao mesmo tempo em que é criada com base na noção de competência para atuar na gestão do SUS, apresenta um espaço de formação permeado de tensões e disputas.

Destarte, é a partir desta lógica que compreendemos que a implantação da PRMS e do NASF reflete a necessidade do Ministério da Saúde fortalecer as ações da Atenção Básica e da ESF, mas não deve ser analisada unilateralmente como uma proposta de educação e intervenção profissional contra-hegemônica de conceber a educação profissional em saúde, pois buscar desenvolver competências e habilidades não significa ruptura com as velhas práticas de construção de saberes. Assim, o “novo” paradoxalmente pode significar o “velho”.

Nestes termos, o trabalho em saúde, na perspectiva de educação profissional mercantil, homogeneiza as práticas e vai de encontro à lógica da educação voltada para a sociedade. A consolidação da proposta de estruturação do trabalho em saúde nesta modalidade de ensino não pode se pautar apenas pelo discurso oficial – documentos e comissões avaliadoras. Deve, sobretudo, estar embasada na concepção de que o conhecimento produzido no processo de trabalho deve se voltar para a educação profissional em defesa de projeto de educação emancipadora e transformadora.

Neste sentido, estamos afirmando que quando se busca apenas o desenvolvimento de competências e habilidades, o novo deve significar fundamentalmente a ruptura com velhas práticas de educação na perspectiva “bancária” (FREIRE, 2009).³⁰

Assim, a atuação do Residente de Serviço Social na RMSF requer uma formação profissional voltada para o desenvolvimento de ações em defesa da cidadania, promoção da saúde e exercício do controle social, bem como a construção e fortalecimento de redes de apoio e proteção social que visem e/ou assegurem a garantia e consolidação de direitos sociais conquistados. Além disso, essas ações devem buscar o fortalecimento do SUS e a autonomia dos sujeitos para repensar e reconstruir a saúde individual e coletiva.

Neste sentido, consideramos que a educação profissional em saúde para a consolidação do SUS deve ser fundada no fortalecimento da relação ensino-serviço e baseada na expansão do conhecimento contra-hegemônico interdisciplinar em defesa do direito à saúde com qualidade e de acesso universal.

Referências

- BERNARDINO, F. E.; VASCONCELOS, K. E. L. et al. O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. *Revista Katálysis*, [s.l.], v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.
- BRASIL. Decreto nº 5.490 de 14 de julho de 2005. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 2005a.

- _____. Lei nº 1.129 de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 1º jul. de 2005. Brasília, 2005b.
- _____. Portaria Interministerial n. 1.111/GM de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília, 2005c.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, 2006c. 414 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria nº 45 de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jan. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. *Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Exercício 2007/2009. Brasília: 2009b.
- _____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SGETS: políticas e ações/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 32 p. : il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior n. 492 de 03/04/2001. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais – Antropologia, Ciência Política e Sociologia, Comunicação Social, Filosofia, Geografia, História, Letras, Museologia e Serviço Social. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2012.
- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. *Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS*. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, n. 13, ABEPSS, jan./jun. 2007.
- _____; 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. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.
- _____; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012, n. 109, p. 126-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 9 fev. 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016. Acesso em: 9 fev. 2012.
- CASTRO E CASTRO, M. M.; OLIVEIRA, L. M. L. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26-43, jan./jul. 2011.
- CECCIM, R. B. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra” a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Revista Interface*, Botucatu, v. 13, n.28, pp. 233-235, jan./mar. 2009.
- CLOSS, T. T. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: BELLINI, M. I. B.; CLOSS, T. T. (Org.). *Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS n. 273 de 13 de março de 1993. Alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n. 290/1994 e n. 293/1994. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf. Acesso em: 13 abr. 2012.
- _____. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais)
- _____. Resolução CFESS n. 383 de 29 de março de 1999. Caracteriza o Assistente Social como profissional de saúde. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 3 mar. 2012.
- _____. Resolução n. 218 de 6 de março de 1997. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2007.

COSTA, M. D. H. *Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90*. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Recife: PPGSS/UFPE, 1998.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, ano 21, n. 62, p. 35-71, 2000.

DA ROS, M. A. Sobre “o olho do furacão”. *Revista Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 231-232, 2009.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Revista Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-226, 2009.

FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Revista Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 229-230, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FORTI, V.; GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? In: FORTI, V. L.; GUERRA, Y. (Org.) *Serviço Social: temas, textos e contextos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2010. p. 21. (Coletânea Nova de Serviço Social)

HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Revista Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 227-228, 2009.

IAMAMOTO, M. V. Mundialização do capital, “questão social” e Serviço Social no Brasil. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/93>. Acesso em: 29 abr. 2012.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009a.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009b.

_____. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade. In: CFESS. *Atribuições privativas do/a assistente social em questão*. 1. ed. ampliada. Brasília, 2012.

_____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaço de atuação a partir do SUS. *Serviço Social & Saúde* (UNICAMP), v. 10, p. 123-145, 2010.

MATTOSO, F. A. A. Dimensão territorial no trabalho do assistente social na estratégia saúde da família. *Revista Em Pauta*, v. 6, n. 24, dez. 2009.

MIOTO, R. C. T.; ROSA, F. N. *Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na estratégia Saúde da Família*. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Florianópolis: UFSC, 2007.

_____; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde desafios intelectuais e operativos. *Revista Ser Social*, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MOURÃO, A. M. A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NETTO, JP. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. (Coleção questões da nossa época, v. 20).

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde. SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

_____. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. *Revista Serviço Social & Saúde*, Campinas, Unicamp, v. 10, n. 12, dez. 2011.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

_____. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA, Gustavo Corrêa; FRANÇA, Lima Júlio César (Org.) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

POLO, V. C. O.; PASTOR, M. O Serviço Social na residência multiprofissional em saúde. *Serviço Social em Revista*, Universidade Estadual de Londrina, v. 9, n. 1, jul./dez. 2006.

RIBEIRO, R. S. O trabalho do assistente social e sua inserção no processo de trabalho em saúde: um olhar sobre a atenção primária e a estratégia saúde da família. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 91-109, jan./jun. 2008.

RIBEIRO, S. P.; VASCONCELOS, K. E. L.; BERNARDINO, F. E.; BRASILEIRO, J. A.; CAVALCANTE, L. P. O Cotidiano Profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005. p. 247-255.

RODRIGUES, A. C.; MELO, S. A. A.; SANTOS, Z. C. O Serviço Social na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *Revista Triângulo Mineiro*, Minas Gerais, n. esp. dez., p. 65-73, 2011.

- ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov. 2009/fev. 2010.
- SANTOS, E. R.; LANZA, L. M. B.; CARVALHO, B. G. Educação permanente em saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 16-25, jan./jul, 2011.
- SANTOS, J. S. *Neoconservadorismo pós-moderno e serviço social brasileiro*. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção questões da nossa época; v. 132).
- SCOCUGLIA, A. C. Globalizações, política educacional e pedagogia contra-hegemônica. [Online]. *Revista Iberoamericana de Educación*, n. 48, p. 35-51, 2008.
- SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-110.
- SOARES, R. C. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social*. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.
- SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 12 abr. 2012.
- SOUZA, A. I. S. et al. Residência em Serviço Social na UFJF: Experiências inovadoras de integração ensino e serviço na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. *Cadernos FNEPAS*, Rio de Janeiro, v. 1, dez. 2011. p. 64-77.
- THIESEN, J. da S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. [online]. *Revista Brasileira de Educação*, v. 13, n. 39, p. 245-554, set./dez. 2008.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
- VASCONCELOS, A. M. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- VASCONCELOS, K. E. L. et al. Serviço Social e Estratégia Saúde da Família. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 98, abr./jun. 2009, p. 308-334.

¹ O neoliberalismo, ou ofensiva neoliberal, é compreendido como uma série de iniciativas, dentre elas, a ideocultural que “contrapõe-se a cultura democrática e igualitária da época contemporânea, caracterizada não só pela afirmação da igualdade civil e política para todos, mas também pela busca de redução das desigualdades entre os indivíduos no plano econômico e social, no âmbito de um objetivo mais amplo de libertar a sociedade e seus membros da necessidade e risco” (NUNES, 1991 apud NETTO, 1995).

² Com 18 anos de implantação, sendo há seis denominado de Estratégia Saúde da Família ou Saúde da Família (ESF), o principal dispositivo de reorganização da atenção básica objetiva realizar um trabalho com foco na família e na comunidade, trabalhar com adstrição de território, com ações de prevenção, promoção e proteção da saúde. Na lógica da ESF, a equipe básica agrega um (1) médico, um (1) enfermeiro, um (1) técnico de enfermagem e seis (6) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser ampliada com a inclusão de profissionais de saúde bucal.

³ Assim, entendemos que a formação é um ato continuum, um processo que tem início na graduação e perpassa toda a vida profissional.

⁴ Concordamos com Thiesen (2008, p. 547) quando afirma que “[...] para interdisciplinaridade, tudo parece estar ainda em construção. Qualquer demanda por uma definição unívoca e definitiva deve ser a princípio rejeitada, por tratar-se de proposta que inevitavelmente está sendo construída a partir das culturas disciplinares existentes e porque encontrar o limite objetivo de sua abrangência conceitual significa concebê-la numa óptica também disciplinar”.

⁵ Instituído pelo Decreto 6.096, de 24 de abril de 2007, integra o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE).

⁶ O programa Pró-Saúde foi implementado em 2005, instituído pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

⁷ O objetivo do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

⁸ A residência médica está regulamentada desde 1977 (Decreto 80.281) sendo gerida no plano nacional pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) criada pelo mesmo Decreto. Residências de Especialidades Médicas têm 67 anos de existência.

⁹ Área de Especialidade ou Área de Ênfase nos campos de trabalho do setor da saúde.

¹⁰ Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, cria a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), deu início ao processo de regulamentação da RMS.

¹¹ Em dezembro de 2005, aconteceu o I Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde em parceria com o CNS; seminários regionais preparatórios; em agosto de 2006 o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional durante o Congresso Internacional da ABRASCO; no mesmo ano ocorreu a Oficialização do Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde. Em 2007 é lançada a Portaria Interministerial 45/MEC/MS que dispõe sobre a Residência Multiprofissional e por área profissional da saúde e institui a Comissão Nacional (ambas são em Área Profissional da Saúde, ou seja, em especialidades do setor da saúde) e em julho do mesmo ano é divulgada a Portaria Interministerial 698/MEC/MS que nomeia os integrantes. Em 29 de agosto de 2007 é instalada a primeira Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

¹² Lei 11.129/2005.

¹³ Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

¹⁴ Parágrafo único: O disposto nesta portaria abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

¹⁵ A questão social é compreendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social, enquanto é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMANOTO, 1998, p. 27).

¹⁶ Conforme a Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde que define como profissionais da área da saúde, as áreas temáticas propostas são: Saúde Mental (Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Serviço Social); Atenção Básica/Saúde da Família (Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Educação Física, Nutrição, Psicologia); Saúde Coletiva (Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Veterinária); Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Biomedicina, Farmácia, Biologia); Saúde Animal (Veterinária, Biologia, Farmácia, Biomedicina).

¹⁷ Edital n. 24, de 15 de dezembro de 2011, publicado no Diário Oficial da União n. 241, de 16 de dezembro de 2011.

¹⁸ O financiamento é estabelecido pela Portaria n. 1.111, de 05 de julho de 2005, Portaria n. 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial n. 2.117 de 3 de novembro de 2005.

¹⁹ Fonte: DEGES/SGTES/MS/2010.

²⁰ Em 2012, o valor da bolsa destinada aos residentes das instituições de ensino superior é de R\$ 2.080,00 (dois mil e oitenta reais).

²¹ Fonte: DEGES/SGTES/MS/2012.

²² Fonte: DEGES/SGTES/MS/2012.

²³ O Serviço Social não concorreu para preenchimento de vagas para o edital Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE (2012-2014). Essa decisão de não inclusão da categoria no programa deve-se ao fato de a universidade até julho de 2011 não disponibilizar carga horária docente para atividades destinadas à tutoria acadêmica.

²⁴ Aracaju/SE e Campina Grande/PB. Cf. BERNARDINO et al. (2005) e VASCONCELOS et al. (2009).

²⁵ Criados mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, com a finalidade de “apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2009). A composição da Equipe NASF é definida pela gestão local de acordo com as necessidades do território e é formada por diversas profissões da área da saúde.

²⁶ Nesse quadro, a atuação desses profissionais na atenção básica passa a ser fonte de pesquisas para diversos autores, como Castro e Castro e Oliveira (2011); Mattoso (2009); Ribeiro et al. (2005); Ribeiro (2008); Santos et al. (2011); Vasconcelos et al. (2009), dentre outros.

²⁷ As informações do DATASUS (acesso em: 25 maio 2012) mencionam 215 assistentes sociais inseridas em Centros de Apoio a Saúde da Família.

²⁸ Resultado da experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Juiz de Fora (UFJF). Ressaltamos que devido os limites deste artigo elencamos apenas algumas das habilidades e conhecimentos necessários aos residentes. Cf. Mourão et al. (2007).

²⁹ Entendemos que “[...] a interdisciplinaridade está sempre situada no campo onde se pensa a possibilidade de superar a fragmentação das ciências e os conhecimentos produzidos por elas e onde simultaneamente se exprime a resistência sobre um saber parcelado” (THIESEN, 2008, p. 547).

³⁰ Para Freire a bancaria “[...] deforma a necessária criatividade do educando e do educador, o educando a ele sujeitado pode, não por causa do conteúdo cujo ‘conhecimento’ lhe foi transferido, mas por causa do processo mesmo de aprender, dar, como se diz na linguagem popular, à volta por cima e superar o autoritarismo e o erro epistemológico do ‘bancarismo’”, para uma educação transformadora conforme a perspectiva da pedagogia da autonomia (2009, p. 25).