



## SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL: PANORAMA NACIONAL

### SOCIAL WORK AND HEALTH RESIDENCES IN BRAZIL: NATIONAL SCENE

Marina Monteiro de Castro e Castro<sup>1</sup>

Sabrina Pereira Paiva<sup>2</sup>

Carina Bárbara de Carvalho Dornelas<sup>3</sup>

Flávia Fernandez Zschaber<sup>4</sup>

**Resumo:** O presente artigo apresenta parte da pesquisa intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”, realizada entre 2017 e 2018. O estudo documental analisa 86 editais (2017/2018) de residências em saúde, com vagas disponíveis para o Serviço Social, contabilizando 476 vagas no período analisado. As principais áreas de concentração dos programas foram Saúde Mental, Saúde da Família, Saúde do Idoso, Oncologia e Urgência. A região sudeste ainda se coloca como principal região na oferta de vagas, programas e instituições envolvidas, seguida pela região nordeste. As regiões norte e centro-oeste carecem de investimentos nesse modelo de formação. Os programas contam com o envolvimento de outras profissões como enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia, enfatizando a importância do debate e aprendizado propiciado pelas residências no que tange ao trabalho interprofissional,

---

<sup>1</sup> Assistente Social. Doutora em Serviço Social/UFRJ. Professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora – Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). Email: [marinamcastro@gmail.com](mailto:marinamcastro@gmail.com)

<sup>2</sup> Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva/IESC-UFRJ. Professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora – Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). Email: [sabrinappaiva@gmail.com](mailto:sabrinappaiva@gmail.com)

<sup>3</sup> Assistente social. Graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista de Iniciação Científica – BIC/UFJF (2017/2019). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). Email: [carina.dornelas@outlook.com](mailto:carina.dornelas@outlook.com)

<sup>4</sup> Assistente social. Graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista de Iniciação Científica – BIC/UFJF (2017/2019). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). Email: [flavia\\_fz\\_estrela@hotmail.com](mailto:flavia_fz_estrela@hotmail.com)

com vistas à construção da integralidade da atenção à saúde. Os dados apresentados são fundamentais para o acompanhamento da inserção do Serviço Social nestes dispositivos formativos, ajudando a construir nossas análises sobre as reais possibilidades de contribuição dos assistentes sociais, através dos Programas, para a defesa da saúde pública e do desenvolvimento de um trabalho ancorado no projeto ético político profissional.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Residência Multiprofissional; Saúde

**Abstract:** This article presents part of the research entitled "Multiprofessional Residency in Health and Social Work: theoretical and political-pedagogical mapping", performed between 2017 and 2018. The descriptive documents study analyzes 86 public edicts available for Social Work, totaling 476 vacancies during the mentioned period. These edicts occurred mainly in the areas of Mental Health, Family Health, Elderly Health, Oncology and Urgency. The Brazilian southeastern region still places itself as the main region with vacancies, programs and institutions involved, followed by the northeast region. The North and Midwest regions still need investments in training models such as residencies. These programs rely on the involvement of other proficiencies such as nursing, psychology, physiotherapy, nutrition and pharmacy, emphasizing the importance of debate and learning through inter-professional work, aiming the integrality in health care. The data presented are fundamental to follow the insertion of Social Work in these pedagogic resources, contributing for the analyzes of real possibilities of contribution by social workers, protecting the public health services and working for the development of a work anchored in political, ethical and professional project.

**Keywords:** Social Work; Multiprofessional Residency; Health.

## INTRODUÇÃO

As Residências em Saúde são reconhecidas como espaços estratégicos para a educação permanente dos trabalhadores da saúde. São dispositivos para transformação tanto da formação quanto dos processos de trabalho em saúde, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política de saúde.

As Residências Multiprofissionais, de forma ainda mais significativa, parecem ter sido pensadas para estimular processos formativos que focalizam o olhar integral, acolhedor, interdisciplinar, centrado na perspectiva de responsabilização e vínculo das equipes para com os usuários, além da noção de ampliação da autonomia dos usuários no que diz respeito ao cuidado com sua saúde. Nessa perspectiva, o objetivo é que as residências multiprofissionais, ao articularem

interdisciplinaridade, trabalho em equipe e educação permanente possam potencializar não só a formação de profissionais, como também contribuir para a reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO, 2010).

Entretanto, estas iniciativas enfrentam uma série de desafios, sendo que o maior deles é o avanço da mercantilização da área da saúde e educação no Brasil, em função do ajuste fiscal do Estado e do direcionamento neoliberal das políticas públicas estatais. Mesmo neste contexto adverso, a partir de 2010, com a participação do Ministério da Educação (MEC), há o aumento do número de bolsas e, também, um novo perfil dos programas de residência, agora voltados para a atuação em hospitais (BRASIL, 2014). Mendes (2013, p. 187) observa que a partir de então, os programas “[...] passaram a se deslocar da atenção básica e saúde mental para a atenção de média e alta complexidades, que caracterizam a oferta de serviços dos hospitais de ensino”.

Neste sentido, é correto afirmar que as residências multiprofissionais representam uma importante contribuição para a reorientação da formação de recursos humanos para o SUS. Porém, não se pode garantir que, de fato, elas estejam cumprindo devidamente o seu papel, já que sua implementação tem se realizado no contexto de contrarreforma neoliberal (MENDES, 2013, p. 184).

Apesar deste contexto, as residências se desenvolveram enquanto uma estratégia de continuidade do processo formativo profissional crítico, construída a partir da relação com os usuários e trabalhadores da saúde com intenção de melhorias na qualidade dos serviços aos quais a população tem acesso através do SUS. Neste aspecto, se contrapõe às exigências postas pelo mercado de trabalho – com moldes capitalistas – como substituição de mão de obra, principalmente no contexto atual de ofensiva neoliberal em relação às políticas sociais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Logo, a residência é voltada ao fortalecimento dos princípios do SUS, “afirmando o exercício profissional na perspectiva de defesa dos direitos na sociabilidade contemporânea” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016, p. 136), principalmente diante da mercantilização da força de trabalho adensada com a perspectiva neoliberal.

Neste processo, ampliou-se a inserção dos assistentes sociais em diversos Programas de Residência, sendo que é possível verificarmos a hegemonia de determinadas áreas de concentração no período de 2017/2018, que corresponde à necessidade de fortalecimento das redes de atenção à saúde consideradas prioritárias para o governo federal.

As Residências englobam uma proposta de formação que visa a renovação da formação e do trabalho em saúde, tendo como norte a atenção integral em saúde. A indicação é que a atuação profissional ocorra por meio do trabalho em equipe, possibilitando o atendimento do indivíduo em suas múltiplas necessidades. De acordo com Castro (2013a, p.4), este programa visa construir “uma nova consciência sanitária e pedagógica e a adesão dos profissionais a um novo projeto que se refaz na crítica aos procedimentos realizados e na busca da formação do trabalho coletivo com base na interdisciplinaridade”.

Os Programas de Residência em saúde vem, desde então, se desenvolvendo com formatos diversos, tem sido alvo de debates e produções da categoria profissional com o objetivo de afirmar a necessária interlocução entre o projeto ético-político do Serviço Social e a Reforma Sanitária no Brasil; e o desenvolvimento pelo residente de uma formação aprofundada em conhecimentos teórico-práticos com supervisão de assistentes sociais tutores e preceptores (CFESS, 2017).

O presente artigo é fruto das análises realizadas a partir do relatório de pesquisa “Mapeamento das residências em área profissional e serviço social” (ABEPSS, 2018)<sup>5</sup>. Tal pesquisa revelou oitenta e seis (86) editais de Programas de Residência em Saúde no período de 2017/2018 que contavam com a inserção do Serviço Social. Sendo assim, o manuscrito ora apresentado pretende analisar os dados produzidos pela análise documental dos referidos editais, observando o número de vagas disponíveis para o Serviço Social, área de concentração e profissões envolvidas nos Programas.

## A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA NO BRASIL

---

<sup>5</sup> Relatório completo disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>. acesso em: 20 de abril de 2019.

A política indutora dos Programas de Residência indicada pelos Ministérios da Saúde e Educação ao final dos anos 2000 foi lançada com a proposta de preparar “profissionais qualificados para a assistência à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS” (CASTRO, 2013, p.4), com ênfase em áreas estratégicas da saúde e em regiões com necessidade de expansão profissional.

No que concerne à distribuição nacional e regional da inserção do Serviço Social nos Programas de Residência, vimos que as regiões nordeste e sudeste aparecem com número de vagas bastante próximo, acompanhando de longe a região sul e com pouca oferta de vagas as regiões centro-oeste e norte, como podemos verificar no quadro abaixo:

Quadro 1 – Distribuição Regional de Programas de Residência e Serviço Social

Região Brasil	Instituições Proponentes	Programas	Número de vagas
Nordeste	22	67	177
Sudeste	33	81	158
Sul	20	51	84
Centro- Oeste	6	17	45
Norte	5	20	32
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>236</b>	<b>496</b>

Fonte: ABEPSS, 2018.

Os dados levantados na pesquisa coadunam com as tendências apontadas por Sarmento e colaboradores (2017) que indicam a preponderância da região sudeste na oferta de programas, o que está certamente atrelado à preponderância do desempenho econômico desta região em relação às demais.

Na primeira portaria publicada em 2010, a região Sudeste foi responsável por 47,5% dos projetos selecionados; e nos anos de 2012 e 2013, mais de 50% das aprovações eram provenientes dessa região. Em 2013, o Sudeste teve 54,2% de todos os projetos selecionados. Esse achado reflete o status da região Sudeste que, pelo seu desempenho econômico, configura-se como o centro dinâmico do mercado de trabalho de saúde no País, o que corresponde, em certa medida, à própria distribuição da capacidade instalada e dos empregos de saúde nessa região (SARMENTO et al, 2017, p.417).

Cabe destacar que, apesar do nordeste despontar com um número de vagas um pouco maior para o Serviço Social, trinta (30) delas são de ampla concorrência para a saúde coletiva, ou seja, pode ser preenchida ou não por assistentes sociais. Se desconsiderarmos essas vagas, a região sudeste se coloca como principal região na oferta de vagas, número de programas e Instituições envolvidas.

Sarmiento e colaboradores (2017, p.415) ressaltam que houve um incremento de editais de programas de Residência em áreas prioritárias das regiões Nordeste, Norte e centro-oeste, considerando as discrepâncias regionais e a necessidade de qualificação dos trabalhadores da saúde. “Observou-se uma tentativa de organização na distribuição e uma tendência ao aumento dos programas apresentados e aprovados” e, por isso, vemos a região nordeste alavancar um grande número de programas.

Desta forma, os dados apresentados referentes à região nordeste são relevantes, uma vez que as residências surgem com a proposta de combater as disparidades regionais.

As políticas regionais explícitas na área da saúde nos últimos anos produziram alguns avanços, tais como a priorização de estratégias regionais de negociação intergovernamental, de investimento, planejamento e expansão da rede de serviços, de forma a enfrentar desigualdades em saúde. Mas também enfrentaram algumas limitações decorrentes da própria lógica setorial da política e do sistema de saúde, assim como das desigualdades regionais herdadas (ALBUQUERQUE et al, 2017, p.1062).

No Brasil, as regiões norte e nordeste enfrentam disparidades em comparação à região sudeste no que concerne a aspectos sociais, econômicos, políticos que impactam a oferta e o acesso de serviços de saúde e escolas de formação para profissionais de saúde. Por exemplo, as disparidades no abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo entre essas regiões é revelador de sua natureza estrutural. De acordo com o IBGE (2018), as regiões norte e nordeste permanecem abaixo da média nacional no que se refere a estes três itens. Em relação ao abastecimento de água, a região norte permanece com dificuldades em relação à rede geral de distribuição, alcançando aproximadamente 60% da população, e a nordeste alcançou 80%, segundo IBGE. A média nacional é de 86% e a da região sudeste é 92,5%. Deve-se destacar ainda que apesar da

região nordeste apresentar uma média de abastecimento por residência bem próxima da nacional, quando se investiga a disponibilidade do serviço, observa-se que a região nordeste (66%) tem uma média de oferta diária de água nas residências inferior à nacional, que é de 86,7% (IBGE, 2018, p.1)

Sarmiento (2017, p.418) assinala que os editais de 2009 e 2014 para os Programas de Residência priorizaram as regiões Norte e Centro-Oeste, mas esse incentivo não correspondeu à aprovação de projetos, representando tais regiões respectivamente apenas 10% e 4,4% de todos os programas ofertados no período. Essa assertiva dos autores coaduna também com os dados da inserção do Serviço Social, sendo essas as regiões que tiveram menor oferta de Programas e vagas para a área.

Apesar do incentivo, o baixo número de propostas de Programas certamente deve ser atribuído também às disparidades no setor educacional. No que se refere a “distribuição de matrículas em cursos presenciais de ensino superior das redes pública e privada do País, as regiões Centro-Oeste e Norte foram responsáveis, respectivamente, por 9,4% e 6,9% das matrículas no ano de 2013, enquanto a região Sudeste concentrou 47,2%” (SARMENTO et al, 2017, p. 418). Desse modo, a maior concentração dos Programas de residências em saúde no sudeste segue a configuração nacional quanto à oferta de educação superior no Brasil, que historicamente se concentra nos grandes centros urbanos.

Esses dados são reforçados ao verificarmos as principais Instituições proponentes dos Programas:

Quadro 2 – Instituições ofertantes de Programas de Residência

<b>Natureza das Instituições</b>	<b>Quantidade</b>
Universidade Federal	25
Universidade Estadual	13
Universidade Privada	11
Centro Universitário	4
Faculdade Privada	1
Faculdade Pública	1
Escola Nacional de Saúde	1
Escola Estadual de Saúde	2
Instituto Federal – Público	2
Instituto Estadual – Público	2
Instituto Privado	1
Prefeitura Municipal	2

Secretaria Estadual de Saúde	4
Secretaria Municipal de Saúde	6
Fundação Hospitalar Pública	2
Hospital privado/filantrópico	8
<b>Total</b>	<b>86</b>

Fonte: ABEPSS, 2018.

Constatamos que as Instituições que ofertam as vagas estão em sua grande maioria no setor público (62), em detrimento das Instituições de natureza privada/filantrópicas (24). Porém, é importante destacar o avanço na oferta a partir do setor privado, haja vista a conjuntura atual brasileira – com características de flexibilização, precarização e privatização desde a década de 1990 com a adesão do país à perspectiva neoliberal. Deve-se enfatizar que de acordo com a Lei 8.080 de 1990 a formação de recursos humanos é uma atribuição do SUS e, além disso, a iniciativa privada deve atuar junto ao sistema público de forma complementar, com as organizações filantrópicas tendo prioridade.

No recorte regional, temos como principais proponentes de Programas: no nordeste, a Escola de Saúde Pública do Ceará com 42 vagas; no sudeste, a Universidade de São Paulo (USP) com 25 vagas; no Sul, o Grupo Hospitalar Conceição com 13 vagas; no norte, UFPA com 9 vagas; e no centro-oeste, UFG com 18 vagas.

Na região nordeste, norte e centro-oeste as Instituições do setor educacional foram as principais responsáveis pela oferta dos Programas, tendo protagonismo as Universidades Federais e Estaduais (ABEPSS, 2018).

Consideramos um avanço as Universidades ampliarem suas responsabilidades no que tange ao desenvolvimento dos programas de residência, por esta prever a integração entre ensino, pesquisa e extensão e “a liberdade didática, científica e administrativa para produzir e difundir conhecimentos” (IAMAMOTO, 2007, p.432).

No entanto, chama-nos atenção que parte significativa dos Programas ofertados pelas Universidades Federais tem como cenário de prática seus Hospitais Universitários (HU's) que, por sua vez, estão vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH (ABEPSS, 2018). Castro (2013b) já ponderava



sobre a posição dos Hospitais Universitários (HU's) a partir do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF), em 2010, que dispôs sobre a implantação da Residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS; e a sua transição para uma empresa, através da EBSEH, significando a mercantilização dos serviços públicos de saúde ofertados por esses hospitais.

Correia (2014) analisando o processo de mudança de gestão dos HU's destaca que:

A lógica de criação da EBSEH está inserida no processo de contrarreforma do Estado brasileiro, iniciado no governo FHC, e que vem sendo dada continuidade pelos últimos governos, com medidas de privatização, mercantilização das políticas sociais e de flexibilização e precarização dos vínculos de trabalho. Está em curso uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado (denominado "público não-estatal") ou para instituições ditas "estatais", mas com personalidade jurídica de direito privado. Estas últimas permitem a regência dos interesses do mercado dentro das instituições "estatais", liberando-as das amarras impostas pelas regras da administração direta do Estado (CORREIA, 2014, p.51).

Identificamos na pesquisa (ABEPSS, 2018) que um dos principais impactos para as Residências no processo de mudança de gestão dos HU's se refere a transição dos "recursos humanos", que gerou aposentadorias e remoções de profissionais para outros setores das Universidades. March (2012, p. 15) nos alertava que, com a EBSEH, teríamos uma extinção progressiva de cargos públicos federais do Regime Jurídico Único (RJU) no interior dos Hospitais Universitários. "A centralidade da flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público confirma-se com a publicação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e a divulgação de seleção pública para a EBSEH". Essa questão merece destaque devido à utilização da residência multiprofissional como estratégia de recomposição da força de trabalho em saúde (SILVA, 2018).

Hoje, a rede de HU's é formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Destes, 40 possuem contrato com a EBSEH e 21 ofertam programas de Residência para o Serviço Social. Acrescenta-se a esse número o Hospital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – que é empresa pública (EBSEH, 2019a).

O incremento aos Programas de Residência nos HU's pela EBSEERH é notado ao verificarmos os seguintes dados:

A Rede EBSEERH formou 3.059 residentes que se especializaram nos hospitais universitários federais vinculados, após conclusão, em 2018, dos programas de residência médica, uni e multiprofissional. Em 2018, foram 959 programas com 7.529 residentes matriculados em 2018, enquanto que 2017 registrou 936 residências com 6.988 alunos (EBSEERH, 2009b, p.1).

De acordo com dados apresentados pela empresa, a mesma tem investido na capacitação de seus preceptores. Em 2018, foi realizada parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) “para a oferta do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Preceptoría no Sistema Único de saúde (SUS), com 2.250 vagas disponibilizadas para os hospitais da Rede” (EBSEERH, 2019c, p.1).

Ao mesmo tempo em que podemos indicar o incentivo aos Programas e capacitação dos profissionais envolvidos, a preocupação assinalada por Castro (2013, p.157) se mantém: a lógica gerencial de mercado e a inclinação da EBSEERH “para mensurar procedimentos da assistência em saúde, desconsiderando o tripé ensino, pesquisa e extensão” pode fazer com que as Residências se tornem estratégia de alcance de metas e de substituição de profissionais.

Diante dos dados apresentados, podemos sinalizar que as Instituições públicas, ao serem as principais proponentes de Programas, afirmam o compromisso com a tarefa de capacitar os recursos humanos para o SUS, conforme o artigo 200 da Constituição Federal de 1988. No entanto, é importante ressaltar que estas se encontram atravessadas por diversos modelos de gestão que tratam a saúde e educação a partir de estratégias de mercado.

Nesse sentido, se estamos defendendo a Residência enquanto qualificação para o trabalho junto à política pública de saúde é necessário afirmarmos esse compromisso e, principalmente, com as necessidades de saúde da população brasileira, uma vez que a residência é uma proposta de fortalecimento do SUS, devendo estar vinculada ao modelo de saúde defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970. Isso significa que a saúde deve ser garantida como direito de todos e dever do Estado, o acesso deve ocorrer de forma universal e

gratuita, e a atuação dos profissionais deve estar ancorada no conceito ampliado de saúde. Ou seja, extrapolar uma análise estritamente individualista e biológica.

No que tange a área de concentração dos Programas com inserção de assistentes sociais, vimos que a principal é a saúde mental com quarenta e dois (42) programas e cento e três (103) vagas; seguida por programas situados na atenção básica: trinta e três (33) programas e oitenta e seis (86) vagas; e Oncologia com vinte e três (23) programas e quarenta e duas (42) vagas (ABEPSS, 2018).

Esses dados são confirmados na distribuição regional, sendo a atenção à saúde mental e atenção básica as principais áreas dos Programas ofertados (ABEPSS, 2018): Sudeste: saúde mental (35), atenção básica (19) e atenção à criança e adolescente (19); nordeste: atenção básica (42), saúde coletiva (33), saúde mental (28); Sul: atenção básica (19), saúde mental (17) e urgência e emergência (10); centro-oeste: saúde mental (18), atenção básica (6) e oncologia (5); norte: saúde mental (5), atenção básica (5) e oncologia (4).

Os dados apresentados alteram em parte o quadro apontado por Castro (2013) no que concerne aos cenários de prática dos Programas. Naquele momento, grande parte dos programas era desenvolvido no espaço hospitalar e uma pequena parcela na atenção básica e no setor secundário. Altera em parte porque, apesar do incentivo a Programas no setor primário, a alta complexidade ainda mantém sua relevância enquanto cenário dos Programas (ABEPSS, 2018).

Podemos indicar que a expansão dos programas de residências em saúde mental está atrelada à necessidade de expansão e qualificação dos serviços e recursos humanos na Rede de Atenção Psicossocial, significando a ampliação da participação de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais para o atendimento em saúde mental. Da mesma forma, a Oncologia, área já considerada prioritária para a saúde pública nacional e com Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) estabelecida, o assistente social foi incorporado à equipe multiprofissional oncológica.

Em relação à atenção primária, a maior parte dos Programas encontra-se na região nordeste, assim como a área da saúde coletiva, expressando uma responsabilidade sanitária com o desenvolvimento regional com foco na oferta e ampliação do acesso aos serviços de atenção primária à saúde nas regiões com

baixa oferta de serviços e profissionais. Destaca-se também a defesa que a profissão historicamente realizou da importância da inserção nos serviços de atenção básica em saúde que envolve a prevenção e a promoção com vistas ao não adoecimento da população e/ou sua recuperação e tratamento de forma contínua.

Reforçamos que, na atenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal resposta ao modelo assistencial tradicional de saúde, orientado para a cura de doenças e para hospitalização, e direcionando o foco de sua atuação para o usuário, sua família e a realidade em que vivem. Neste sentido, são relevantes as experiências identificadas por ABEPSS (2018) com Programas de Residências em comunidades quilombolas e em comunidades rurais.

Ao mesmo tempo, podemos identificar a inserção do assistente social em Programas com áreas de concentração bastante especializadas, como paciente crítico, saúde renal, neurologia, síndromes e anomalias crânio-faciais, problemas cardiopulmonares e áreas de transplante, o que expressa a ampliação das áreas de atuação profissional. Esta identificação nos alerta para a necessidade de afirmar nestes espaços a formação generalista da profissão em sua relação com o processo saúde/doença da população. CFESS (2010, p.27) aponta que, no debate da inserção profissional na saúde, há setores que reclamam por “uma suposta necessidade da construção de um saber específico na área”, o que tem impulsionado, inclusive, a criação de associações de assistente sociais atreladas a especialidades médicas. A questão central posta não é o aprofundamento em temáticas necessárias a qualificação do trabalho, mas o reclame por uma produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica de forma fragmentada.

CFESS (2010) acrescenta ainda que:

O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem aprofundamentos na área da saúde, o que é importante. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, entre outros) e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consistiria apenas na ação direta com os usuários,

o que Netto (1990) denomina de execução terminal da política social (CFESS, 2010, p. 28).

Outra área identificada, que é nova para a categoria no campo das Residências, é a gestão de redes de saúde. O documento Parâmetros para atuação do assistente social na política de saúde, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, p.28) apontou que apesar das áreas de gestão, assessoria e a pesquisa serem consideradas transversais ao trabalho profissional, e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais. Neste sentido, consideramos que a abertura desse espaço pode indicar o reconhecimento da relevância do assistente social e de seu arcabouço formativo, para elaboração, implementação, execução e avaliação das políticas na área da saúde.

A inserção dos/as assistentes sociais em uma gama diferenciada de áreas de concentração afirma a importância histórica da profissão na saúde contribuindo, especialmente, a partir da constituição do SUS, com uma atuação que engloba, conforme CFESS (2010), ações de atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria qualificação e formação profissional. Cabe-nos problematizar se a inserção nessas áreas tem incorporado uma perspectiva ampliada da saúde, atinentes à determinação social do processo saúde- doença.

## A INTERLOCUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM AS PROFISSÕES DA SAÚDE

Na área da saúde, o trabalho em equipe multi e interprofissional é fundamental, indispensável, tendo em vista o conceito ampliado de saúde e a busca da integralidade na atenção em saúde. Dessa forma, pensar o trabalho do assistente social nesse campo impõe o debate sobre o significado e o lugar do assistente social nas equipes multiprofissionais, seus limites e possibilidades. Como destacado por CFESS (2010) há ainda falta de conhecimento das competências profissionais e requisição de ações que não são atribuições dos assistentes sociais, mas ao mesmo tempo, cabe ao assistente social compreender e interpretar criticamente a

conjuntura em que se constrói o trabalho em saúde e buscar a necessária atuação em equipe, visando o atendimento das necessidades colocadas pelos sujeitos usuários dos serviços de saúde.

Dessa forma,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p.46).

As Residências multiprofissionais são propostas com a perspectiva de contribuir com a interlocução entre as profissões de saúde, buscando alterações na formação e qualificação dos trabalhadores da saúde através do incentivo ao trabalho interprofissional e superação de iniquidades em saúde. De acordo com Ceccim e Pinto (2007, p.276) “a residência em área profissional da saúde para as várias profissões funciona para ampliar a incorporação de recursos de atenção integral nos serviços e regiões pela presença multiprofissional, permitindo maior acolhimento e ênfase na transformação das iniquidades”.

Casanova et al (2018) em estudo com programas multiprofissionais em São Paulo, verificou que a Residência tem avançando nesse processo ao estimular o desenvolvimento de uma prática colaborativa entre as profissões.

A percepção sobre o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa evidenciou a satisfação dos residentes no que se refere ao trabalho de equipe, ao respeito mútuo, ao reconhecimento do seu papel e do outro profissional, o que permite a troca de experiências, de saberes e de corresponsabilidade na rotina de trabalho da equipe. O momento de compartilhar as ações a favor do paciente são oportunidades excelentes de integração e aprendizado (CASANOVA et al, 2018, p.1334).

Paiva e colaboradores (2019), ao analisarem a produção do Serviço Social sobre as Residências nos anos de 2010 a 2018, identificaram que a temática do trabalho em equipe é prioritária. As autoras indicam o amadurecimento da categoria neste debate, na medida em que se observa a sinalização nos estudos de que não

basta o desejo de construção de ações integradas, é preciso que se tenham possibilidades teóricas e práticas para tanto, as quais vão muito além das vontades individuais dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, é importante destacar que o contexto atual é desfavorável ao desenvolvimento de ações e saberes multiprofissionais, já que os profissionais estão vivenciando exacerbada precarização, deparando-se cotidianamente com uma alta demanda nos setores em que estão alocados, muitas vezes com equipes incompletas e sem estrutura física para o desenvolvimento de uma atenção integral e de qualidade (PAIVA et al., 2019).

A partir dos dados da ABEPSS, ao observarmos as áreas que mais dialogam com o Serviço Social nas experiências das Residências, verificamos que são: enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia (ABEPSS, 2018).

Considerando a distribuição regional, nota-se a presença hegemônica em todas as regiões do Brasil, de três profissões articuladas nas experiências das residências multiprofissionais em saúde: Psicologia, Enfermagem e o Serviço Social. A quarta profissão que mais aparece articulando-se às demais nas regiões norte, nordeste, sudeste, centro-oeste é a Fisioterapia. Na região sul, observa-se a inserção maior da Farmácia.

Vale destacar que, além da intersecção com as áreas que tradicionalmente dialogam com o Serviço Social na saúde, ocorre a crescente interlocução com outras formações como Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, fortalecendo a perspectiva do trabalho coletivo e integral na saúde.

Na pesquisa realizada com tutores e preceptores de Programas de Residências multiprofissionais em saúde (ABEPSS, 2018) verificamos que o trabalho em equipe multi/interprofissional pode ser notado, no contexto das residências, nos seguintes momentos: reuniões; grupos de educação em saúde; salas de espera e de outras atividades como: discussões de casos, oficinas e acolhimento.

Paiva et al (2019) também destacam que, na revisão de literatura realizada, os espaços de interlocução propiciados pelo conjunto de disciplinas teórico-práticas foram destacados como de vivência interprofissional durante o curso de formação das residências.

No entanto, esse trabalho não se dá sem tensões. Os tutores e preceptores também afirmaram que essa interlocução passa por dificuldades como: hierarquia entre as profissões; diferentes concepções de trabalho em equipe; falta de compreensão sobre as competências para o trabalho interprofissional; falta de estrutura física; e desrespeito com o saber profissional do assistente social (ABEPSS, 2018).

Outra preocupação importante é com a possibilidade de fixação dos profissionais nas regiões e a continuidade da articulação interprofissional. Em 2007, Ceccim e Pinto já nos alertava:

Uma realidade é a falta de provimento de profissionais de saúde em diversas regiões do país, somada à dificuldade de fixação dos profissionais em outras tantas, que os conseguem por breves períodos ou temporariamente. Tais áreas também são as regiões de carências econômicas e de menor acesso aos bens culturais, educacionais e técnico-científicos (CECCIM e PINTO, 2007, p.267).

Outro elemento é a própria desconfiguração da rede de serviços de saúde que faz com que muitos assistentes sociais, apesar da formação na residência, não consigam se empregar na área, conforme as observações da pesquisa realizada por Vargas (2015). Isso significa que embora as residências multiprofissionais sejam ricas em possibilidades e muito afinadas com a proposta do SUS e do trabalho coletivo em saúde, há que se destacar que são necessárias condições estruturais e conjunturais para a sua realização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, que discute parte dos dados coletados através de uma investigação nacional sobre a participação do Serviço Social nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, buscamos compreender, a partir da análise sincrônica de 86 editais de residências nacionais (2017/2018), como o Serviço Social se insere nos programas, em relação à morfologia e distribuição regional dos programas, às áreas profissionais que se relacionam com a profissão, aos cenários da rede de atenção à saúde em que a categoria está inserida e os desafios e possibilidades desta experiência de formação especializada em saúde.



A análise referente à distribuição nacional e regional da inserção do Serviço Social nos Programas de Residência, revelou a prevalência da região sudeste no aspecto referente ao número de programas disponíveis, seguida da região nordeste e sul. As regiões centro-oeste e norte, apesar dos esforços para diminuição das iniquidades em saúde, continuam bem aquém das outras em termos de programas e número de vagas.

Cabe destacar que, apesar da região nordeste despontar com maior número de vagas para o Serviço Social, número significativo destas não é reservada para o profissional assistente social, mas sim configuram-se como vagas de ampla concorrência para a saúde coletiva, implicando que podem ou não serem preenchidas por estes profissionais, como já assinalado.

Quanto às instituições proponentes ressaltamos que aquelas que ofertam maior número de vagas ainda são prioritariamente públicas (mais de 70%), ficando as instituições filantrópicas/privadas com menos de 30% das propostas aprovadas no contexto nacional. Mas, é importante chamar atenção para o fato de que neste contexto de ampliação do neoliberalismo na política de saúde, os programas ofertados pelas Universidades Federais, muitas vezes, estão vinculados aos seus Hospitais Universitários (HU's) que, por sua vez, estão sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH (ABEPSS, 2018).

Sobre as principais áreas de concentração valorizadas pelos Programas com inserção de assistentes sociais, a investigação revelou a preponderância da saúde mental, seguida pela atenção básica e oncologia. Observou-se também a crescente incorporação do assistente social em programas com áreas de concentração bastante especializadas, como paciente crítico, saúde renal, neurologia, síndromes e anomalias crânio-faciais, problemas cardiopulmonares e áreas de transplante. Identificou-se também outra área de atuação que é nova para a categoria, qual seja a gestão de redes de saúde. Esse aspecto é importante de ser ressaltado, já que expressa a ampliação dos setores de atuação profissional e a importância de qualificação profissional concernente a estes cenários, garantindo o fortalecimento do projeto ético-político profissional (ABEPSS, 2018).

No que se refere às áreas profissionais mais encontradas na análise dos editais que fazem parceria com o Serviço Social, destacamos a enfermagem,

psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia (ABEPSS, 2018), demonstrando a crescente ampliação do rol de profissionais que atuam na rede de serviços de saúde e a importância do debate e aprendizado propiciado pelas residências multiprofissionais no que tange ao trabalho interprofissional, com vistas à construção da integralidade da atenção à saúde.

Diante do exposto, sinalizamos, apesar dos desafios, que os programas de residência se apresentam como uma estratégia importante no âmbito da Educação permanente quando alinhada à perspectiva defendida pelo movimento da Reforma Sanitária. Logo, os dados apresentados se mostram importantes para avanço do conhecimento da categoria sobre a inserção dos Programas e de análises das reais possibilidades de contribuição dos assistentes sociais, através dos Programas, para a defesa da saúde pública e do desenvolvimento de um trabalho ancorado no projeto ético político profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. *Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social*. Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>>. acesso de 22 de abril de 2019.

ALBUQUERQUE, M. V. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*. nº22, v.4, p. 1055-1064, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014. Brasília: MEC, 2014.

CAMPOS, F. E. et al. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Saúde para Debate*. nº. 44, p. 13-24, 2009.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface*. v.22, suplemento1, p.1325-1337, 2018.

CASTRO, M. M. C. Formação em saúde e serviço social: as Residências em questão. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 349 - 360, jul./dez. 2013a.

CASTRO, M. M. C. O serviço social nos Programas de Residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. *Revista Temporalis*. Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013b.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.31, nº 3, p.266-277, set-out 2007.

CFESS. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. *Residência em Saúde e Serviço Social* – subsídios para a reflexão. Brasília, 2017.

CORREIA, M. V. EBSEH: Lutas e Resistências à lógica mercantil nas Universidades. BRAVO, M.I; MENEZES, J. S. B. *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais contra a privatização*. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 46-52, 2014.

EBSEH. *Sobre os Hospitais Universitários Federais*. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/hospitais-universitarios-federais>>. acesso em 21 de abril de 2019a.

\_\_\_\_\_. *Rede Ebserh forma mais de 3 mil residentes no início de 2019*. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/noticias/201903141731-rede-ebserh-forma-mais-de-3-mil-residentes-no-inicio-de-2019>>. acesso em 21 de abril de 2019b.

\_\_\_\_\_. *Número de residentes em saúde da Rede Ebserh cresce 33% em 2018*. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/noticias/20190125821-numero-de-residentes-em-saude-da-rede-ebserh-cresce-33-em-2018>>. acesso em 21 de abril de 2019c.

IBGE. Norte e nordeste convivem com restrições no acesso a saneamento básico. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20979-norte-e-nordeste-convivem-com-restricoes-no-acesso-a-saneamento-basico>. acesso em 21 de abril de 2019.

LOBATO, Carolina P. Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MARCH, C. *InformANDES*. Informativo nº 15. Brasília, 2012.

MENDES, Alessandra G. Residência Multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, Leticia Batista, RAMOS, Adriana. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Campinas, Papel Social, p. 183-200, 2013.

NASCIMENTO, C. C. S; OLIVEIRA, C. M. Educação permanente e Serviço Social: apontamentos sobre a formação profissional. *Temporalis*. ano 16, n. 31, jan/jun, p. 133-165, 2016.

PAIVA, Sabrina P. A formação profissional em saúde no Brasil e o papel da universidade: conquistas, desafios e dilemas. In: OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; CASTRO, Marina Monteiro de Castro; e STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina (Orgs.). Formação em saúde: contribuições do Serviço Social para a construção do SUS. Editora Prismas. 1ª ed., 2017, 280 pags.

PAIVA, S. P.; RESENDE, L. T.; PAULO, M. N. S.; TOMAZ, M. O Serviço Social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estado da arte. *Revista Libertas*. V.18, n.2, p.482-497, 2019.

SARMENTO, L. F. et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde Debate*. v.41, n.113, p.415-424, abr-jun 2017.

SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálisis*. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.