



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

HELOÍSA HELENA RODRIGUES DIAS

**O APERFEIÇOAMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Goiânia
2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Heloísa Helena Rodrigues Dias		
E-mail:	heloisa@ufg.br		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Universidade Federal de Goiás – UFG		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:		UF:	
		CNPJ:	
Título:	O APERFEIÇOAMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		
Palavras-chave:	Residência Multiprofissional em Saúde, Serviço Social, Atuação profissional.		
Título em outra língua:	The <u>improvement of Social Workers in the Multidisciplinary Residency in Health of a Public Hospital</u>		
Palavras-chave em outra língua:	<u>Multidisciplinary Residency in Health, Social Work, Professional Practice</u>		
Area de concentração:	Ensino na Saúde		
Data defesa:	09/12/2014		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional		
Orientador (a):	Prof. Dr. <u>Vardeli</u> Alves de Moraes		
E-mail:	vardeli@brturbo.com.br		
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

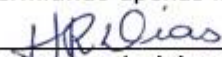
*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: / / 2015

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

HELOÍSA HELENA RODRIGUES DIAS

**O APERFEIÇOAMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional – da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Linha de pesquisa: Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes.

Goiânia
2014

Ficha catalográfica elaborada
automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dias, Heloísa Helena Rodrigues

O aperfeiçoamento dos assistentes sociais no Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde em um hospital universitário
[manuscrito] / Heloísa Helena Rodrigues Dias. - 2014.
xii, 95 f.: il.

Orientador: Prof. Vardeli Alves de Moraes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Medicina (FM) , Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
(Profissional), Goiânia, 2014.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, tabelas, lista de tabelas.

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Serviço social . 3.
Atuação profissional. I. Moraes, Vardeli Alves de, orient. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: Heloísa Helena Rodrigues Dias

Orientador: Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes

Membros: titulares

1. Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes

2. Prof.^a Dr.^a Nilce Maria da Silva Campos Costa

3. Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Membros: Suplentes

1. Prof. Dr. Reginaldo Teixeira Mendonça

2. Prof.^a Dr.^a Edna Regina Silva Pereira

Data:09/12/14

Dedico esta dissertação

aos meus pais (*in memoriam*), por sempre me incentivarem na busca pelo conhecimento.

Às minhas colegas de trabalho preceptoras e ex-residentes, minha eterna gratidão, por contribuírem imensamente nesta minha busca e para com minha realização, despertando-me para a necessidade de ser uma profissional melhor, que procura desenvolver habilidades que proporcionem cada vez mais um fazer profissional com qualidade e reflexão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes, pela paciência, grandeza e disponibilidade em me aceitar como orientanda, mesmo eu não sendo de sua área profissional. Verdadeiro Mestre!

Aos meus familiares – filhos: Nelson e João Neto; irmãos: Ivana, Marcus e Álvaro e meu marido João Bertolino – pela força e pelo bom humor, que me impulsionaram e não me deixaram desistir.

Aos colegas de mestrado, pela oportunidade da convivência e do encontro, em especial por conhecer pessoas que são como pérolas: Arlene Barcelos, que foi como uma irmã neste aprendizado, e Eric Benchimol, que sempre levantou o meu astral.

À coordenadora do Curso de Mestrado, Profa. Dra. Nilce Campos, por estar sempre disponível, e à secretária Roberta Moreira Gonçalves, sou sempre grata.

Não poderia deixar de externar o meu agradecimento ao Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, por estar sempre acessível, dedicando seu tempo e contribuindo para este aprendizado. Outro grande mestre com o qual tenho a oportunidade de conviver.

Aos professores que gentilmente participaram da banca de qualificação e os que estão nesta banca de defesa, minha gratidão.

À diretoria do Hospital das Clínicas, por oportunizar a concretização deste sonho, em especial à Margareth Novais, pela amizade.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	ix
ANEXOS E APENDICES	x
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG	19
3.2 INTERDISCIPLINARIDADE	22
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE	24
3.4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	26
4 MÉTODO	36
4.1 TIPO DE ESTUDO	36
4.2 PARTICIPANTES	36
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	36
4.5 INSTRUMENTO	37
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	37
4.8 TRATAMENTO DOS DADOS	38
4.9 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM AS PRECEPTORAS	41
5.1.1 Caracterização das Participantes	41
5.1.2 CATEGORIA Formação profissional em Serviço Social	44
5.1.3 CATEGORIA Atuação profissional	48
5.1.4 CATEGORIA Habilidades e Competências	50
5.1.5 CATEGORIA Relação Interprofissional	52

5.1.6 CATEGORIA Dificuldades no campo de atuação	54
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM AS ASSISTENTES SOCIAIS EGRESSAS	58
5.2.1 Caracterização das participantes	59
5.2.2 CATEGORIA Atuação Profissional	61
5.2.3 CATEGORIA Contribuição da RMS na Formação Profissional do Residente	62
5.2.4 CATEGORIA Competência para o trabalho no SUS	66
5.4.3 CATEGORIA Relações interprofissionais	70
5.4.4 CATEGORIA Dificuldades no Campo de atuação	70
6 CONCLUSÃO	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Caracterização das preceptoras do Serviço Social do HC/UFG (N=5)	43
Tabela 2:	Distribuição percentual das categorias temáticas relacionadas ao PRMS na percepção das preceptoras (25 unidades de análises temáticas – uats)	44
Tabela 3:	Caracterização das assistentes sociais egressas da RMS (N=12)	61
Tabela 4:	Distribuição percentual das categorias temáticas relacionadas ao PRMS na percepção das assistentes sociais egressas (49 unidades de análises temáticas -uats)	62

ANEXOS E APÊNDICE

ANEXOS

Anexo 1 Parecer consubstanciado do CEP

APÊNDICES

Apêndice 1 Roteiro de Entrevista – Preceptores do Serviço Social

Apêndice 2 Roteiro de Entrevista – Assistentes Sociais Residentes

Apêndice 3 Termo de Consentimento e Livre Esclarecido

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ABPESS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAIS	Centro de Assistência Integrada em Saúde
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DC	Desenvolvimento de Comunidades
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNDAHC	Fundação de Apoio do Hospital das Clínicas
HC	Hospital das Clínicas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NDAE	Núcleo Docente Assistencial Estruturante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

INTRODUÇÃO: Este estudo busca conhecer a percepção de preceptores e residentes egressos acerca da Residência Multiprofissional em Saúde ocorrida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período de 2010 a 2012. **OBJETIVOS:** Conhecer a percepção de assistentes sociais (preceptoras e egressas) em relação à sua atuação, bem como compreender o processo de implantação e implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS); identificar as competências necessárias quanto ao preparo para o trabalho no SUS e descrever as dificuldades encontradas no campo de atuação. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O instrumental utilizado foi entrevista semiestruturada com perguntas abertas, a cinco preceptoras e a doze assistentes sociais egressas. As entrevistas transcritas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin utilizando o *software* ATLAS TI. As análises foram feitas levando em consideração a formação e a atuação profissional na residência e apresentados os fatores que interferem no campo de atuação. **RESULTADOS:** Há necessidade de aquisição de novos conhecimentos para o trabalho em equipe multiprofissional; desenvolver competências específicas de preceptoria e para o trabalho no SUS e aprimorar as relações interprofissionais, multiprofissionais e interpessoais. **CONCLUSÃO:** A análise das entrevistas demonstrou que os objetivos da residência multiprofissional em saúde no Serviço Social foram alcançados, embora, seja necessário pensar em ações específicas para o aprimoramento de competências que contribuam para o exercício da função de preceptor e para o trabalho no SUS focado na interdisciplinaridade e integralidade da atenção em saúde.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Serviço Social, Atuação profissional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study is about knowing the perception of former students and preceptors relative to the Multidisciplinary Residency in Health at the Federal University of Goiás Public Hospital during the period of 2010 to 2012. **OBJECTIVES:** To analyze the perception of social workers (preceptors and former students) with respect to their performance, as well as understand the deployment and implementation process of the Multidisciplinary Residency in Health Program (PRMS as the portuguese acronym); identify the necessary skills to labor in the SUS and describe the difficulties encountered in the field of action. **METHODS:** A descriptive and exploratory study with qualitative approach. The instrument was a semi-structured interview with open questions recorded from five preceptors and twelve former social workers students. The transcribed interviews were submitted to content analysis proposed by Bardin and using the software ATLAS TI. The analyzes were performed taking into account the formation and the professional performance in residence and presented the factors that affect the field of action. **RESULTS:** It's necessary to: acquire new knowledges to work in multidisciplinary teams; to develop specific competencies for preceptorship and for work in the SUS; to enhance inter-branch, multi-professional and interpersonal relationships. **CONCLUSION:** The analysis of the content of the interviews showed that the goals of the health multi-professional residence, specifically in Social Work, have been achieved, though, it is necessary to consider specific actions to improve skills that contribute to the exercise of the preceptor role and to work in the SUS focused on interdisciplinarity and integrality of health care.

Keywords: Multidisciplinary Residency in Health, Social Work, Professional Practice.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo busca conhecer a percepção das assistentes sociais acerca do processo de implantação e implementação da Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), com o intuito de dar voz às preceptoras e às discentes egressas (ex-residentes) da área de Serviço Social que vivenciaram esta experiência.

O Ministério da Educação (MEC) ao participar dos custeios das Residências em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), “trouxe importantes mudanças no direcionamento da política nacional de Residência” (MENDES, 2013, p. 195), motivando o HC/UFG a instituir essa modalidade de formação, extensiva a outras áreas profissionais que não a médica.

Para ser multiprofissional o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) deve ter no mínimo três áreas de concentração. No Hospital das Clínicas participam as seguintes áreas: Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia (incluindo Bioquímica), Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço social.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) busca qualificar os profissionais de saúde a atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque na educação permanente que, de acordo com Davini (2009, p. 47), “busca incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais no contexto real em que ocorrem; propõe modificação das estratégias educativas a partir da prática como fonte de conhecimento e problematização do próprio fazer”.

Diversos estudos destacam os limites e as carências observadas durante o processo de formação universitária, mas a RMS não vem para suprir essas deficiências e sim proporcionar mais segurança ao profissional no momento de sua inserção na prática.

Os responsáveis por estreitarem as distâncias entre a teoria e a prática são os preceptores, que ajudam o profissional a adquirir habilidade até que ele se sinta mais

confiante e seguro em suas atividades, devendo estarem aptos a observar, ouvir, orientar, ser referência e procurar qualificar-se.

Ademais, a Residência, por ser multiprofissional, coloca em evidência a interdisciplinaridade, uma vez que não faz sentido adquirir o conhecimento de forma fragmentada e tem como eixo pedagógico a educação permanente em saúde.

Silva e Capaz (2013) destacam que o Hospital Universitário (HU) é cenário privilegiado para o desenvolvimento dos programas de residência por conjugar os elementos das atividades de ensino e serviço e por ser uma instituição que agrega diferentes saberes.

O objetivo da residência, segundo Carvalho, Lima e Baduy (2006) é o de promover o desenvolvimento dos profissionais para atuar no SUS com enfoque multiprofissional e trabalho em equipe interdisciplinar. Ainda, a finalidade é formar profissionais de saúde por meio da educação em serviço (aprender fazendo).

A escolha deste tema foi motivada por diferentes fatores, sendo eles o fato de eu ser assistente social, preceptora e pela residência ser uma nova frente de trabalho que impõe modificações na forma de atuar. Há uma dificuldade na relação estabelecida entre preceptor e residente bem como há crítica das residentes em relação ao distanciamento da prática desenvolvida no HC com a teoria aprendida na graduação, e isso motivou a busca por uma qualificação que proporcionasse entender esses processos.

O presente estudo emergiu a seguinte questão: qual é a percepção que as assistentes sociais têm a respeito de sua atuação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do HC/UFG?

A partir da resposta a esse questionamento espera-se que este trabalho possa proporcionar um repensar da atividade de preceptoria que contribua com o avanço das reflexões tanto no processo de formação dos residentes quanto no trabalho desenvolvido pelos profissionais de serviço social: na residência, no HC/UFG, e em outras instituições de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção de assistentes sociais em relação à sua atuação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Hospital das Clínicas/UFG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender o processo de implantação e implementação do PRMS no Serviço Social do Hospital das Clínicas/UFG;
- Identificar as competências necessárias às preceptoras e assistentes sociais egressas ou ex-residentes quanto ao preparo para o trabalho no SUS;
- Descrever as dificuldades encontradas no campo de atuação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O Hospital das Clínicas de Goiânia, local de realização deste estudo teve sua construção iniciada em 1941, pelo Governo do Estado de Goiás, que tinha a necessidade de criar um Hospital Geral para oferecer atendimento médico à população não previdenciária, isto é, àquela que não era segurada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Em 24 de abril de 1960, foi inaugurada a Faculdade de Medicina de Goiás e nomeado para diretor o professor Francisco Ludovico de Almeida Neto. Dois anos depois o Hospital das Clínicas foi inaugurada para atender às necessidades de estágio dos alunos da primeira turma da Faculdade de Medicina, mantido pelo Governo do Estado de Goiás e pelo Ministério de Educação (MEC).

Em 1961, ocorre a transferência patrimonial da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas para a Universidade Federal de Goiás. O MEC passou, então, a ser seu principal mantenedor.

Fundado em 23 de fevereiro de 1962, o HC/UFG iniciou suas atividades com sessenta e sete funcionários e sessenta leitos distribuídos entre as Clínicas Médica, Cirúrgica e Ortopédica. Foi idealizado pelos professores Francisco Ludovico de Almeida Neto, Geraldo Pedra, Joffre Marcondes de Rezende, Luiz Rassi e pelas enfermeiras Maria da Conceição Viana (Irmã Ângela) e Maria Aparecida Veloso (Irmã Celeste).

Em 1971, a Maternidade, a Pediatria e a Medicina Tropical, que funcionavam na Santa Casa de Misericórdia, passaram a funcionar no primeiro pavilhão do HC/UFG.

Em 23 de março de 1984, com a revisão do estatuto da Universidade Federal de Goiás, o HC desvinculou-se da Faculdade de Medicina e passou a ser vinculado hierarquicamente à Reitoria, como órgão suplementar da Universidade.

Após a promulgação da Constituição de 1988, que assegura a Saúde como direito de todos e dever do Estado, o HC, por seu caráter público, tem contribuído ativamente para a implantação do SUS no estado de Goiás e no município de Goiânia.

O HC/UFG é um importante centro formador de conhecimento na área da saúde, por meio do ensino, pesquisa e extensão, favorecendo a formação de inúmeros profissionais da área de saúde da UFG e de outras instituições de ensino. A missão do HC é “promover assistência humanizada e de excelência à saúde do cidadão, integrando-se às políticas públicas de saúde”, servindo de campo moderno de estágio de graduação e de residência uni e multiprofissional.

No Brasil, as primeiras residências foram as médicas, implantadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1944, e, em 1948, no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro. A regulamentação dessa formação aconteceu com o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e com a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Outros profissionais de saúde promoveram, em alguns pontos do país, iniciativas para que esse tipo de formação se efetivasse nas demais áreas profissionais. Segundo Mendes (2013), as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) ganharam destaque nos anos 2000, quando passaram a ser fomentadas iniciativas voltadas à reorientação da formação de recursos humanos para o SUS. O Ministério da Saúde vem apoiando as RMS desde 2002, por meio do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS).

Em 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129, foram instituídas as Residências em Área Profissional de Saúde e criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, que tem por finalidade atuar na formulação e execução do controle dos PRMS e Residência em Área Profissional da Saúde.

O PRMS tem como propósito promover ações integradas no âmbito do serviço público de saúde com profissionais comprometidos com o SUS. Esta formação considera que:

Residência é um espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar. É uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pelo exercício, sob supervisão, da prática profissional que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados, dotados de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida e de instalações apropriadas ao ensino em serviço, com vistas a

proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo (RAMOS *et al.*, 2006, p. 380).

De acordo com a Resolução da CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012, e de acordo com o conceito anteriormente exposto, a residência é orientada pelos princípios e pelas diretrizes do SUS e constitui modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões de saúde, excetuada a médica, na forma de especialização caracterizada por ensino e serviço, com carga horária de sessenta horas semanais, com duração mínima de dois anos e em regime de dedicação exclusiva. A característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador à Residência Multiprofissional em Saúde, por meio da inclusão das categorias profissionais de saúde (Resolução CNS n. 287/1978), que abrangem as seguintes profissões: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (BRASIL, 2012).

O PRMS é uma modalidade de especialização pelo trabalho e, considerando a importância que o trabalho vivo¹ e as tecnologias leves² têm na organização do trabalho em saúde, há possibilidade de organizar a formação “em ato”, no momento da produção do encontro entre trabalhador de saúde e usuário.

Se a especialização pelo trabalho é construída de modo articulado, envolvendo gestores e trabalhadores, residentes e usuários, ela pode se configurar como agenciamento em defesa da vida. Em caso de envolver instituições formadoras e de serviço, pode contribuir para a inovação de práticas de saúde e de formação (FEUERWERKER, 2009).

As diferenças entre os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde se apresentam de diversas formas, desde a natureza (pública, privada, filantrópica) e a estrutura da instituição de ensino disponível para a formação até a relação desta com a rede SUS – relação ensino-serviço –, a qualificação da preceptoria, a participação dos atores envolvidos na construção dos programas, a avaliação, o

¹ Segundo Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional porque depende do trabalho vivo em ato, isto é, no momento em que ele está sendo produzido.

² Denomina-se tecnologia leve por seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado.

financiamento, a proposta de vivência/contato/encontro com o SUS, a carga horária, entre outras (RAMOS *et al.*, 2006, p. 383).

Em 2 de novembro de 2009, com a finalidade de uniformizar as RMS, foi instituída, pela Portaria Interministerial nº 1.077, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, com as seguintes atribuições: avaliar e acreditar os PRMS e Residências em Área Profissional da Saúde, atendendo às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os dois programas e as instituições habilitadas a oferecê-los; registrar certificados dos programas em questão, de validade nacional com especificação de categoria e ênfase por programa (BRASIL, 2009).

As ações da RMS, deverão ser norteadas por uma formação interdisciplinar para se ter uma compreensão satisfatória da realidade, permitindo aos indivíduos interpretar e questionar, e não apenas assimilar e reproduzir conteúdo. Desse modo, a RMS procura sintonizar trabalho e formação, tomando o cotidiano dos serviços em saúde como *locus* de ensino e aprendizagem. Ademais, procura romper com a lógica da fragmentação e da especialização em áreas, congregando diferentes profissões em busca de uma formação pautada pelo trabalho em equipe multiprofissional (CLOSS, 2012).

3.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas foi criado em 2010, de acordo com o preconizado pela legislação vigente.

Portanto, a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC/UFG, de acordo com Regimento Interno proposto pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), tem por objetivo geral construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissões, tendo como eixo orientador os princípios e as diretrizes do SUS, bem como as necessidades locais e regionais.

É importante frisar que a COREMU funciona de acordo com a legislação específica e, no caso do HC/UFG, foi criado um colegiado referente às diferentes

profissões que compõem a RMS. Seu objetivo é discutir e implementar a residência, com a participação de um representante dos residentes, além de preceptores e tutores.

O HC/UFG possui três programas multiprofissionais nos quais o Serviço Social está inserido, sendo eles: 1) Residência Multiprofissional em Saúde em especialidades clínicas e cirúrgicas, com área de concentração em saúde materno-infantil, composta pela Maternidade e Pediatria; 2) Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência, composta pelo Pronto Socorro, pela UTI médica, UTI cirúrgica e UTI neonatal ; 3) Residência Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia. Existe, também, um Programa em Área da Saúde, que diz respeito à cirurgia e à traumatologia bucomaxilofacial.

Ao coordenador da COREMU cabe, entre outras funções, instituir o Projeto Pedagógico do Programa com o desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo do conhecimento, integrando os núcleos de saber e as práticas de diferentes profissões. Segundo Campos (2000), a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas dar-se-iam na conformação de núcleos e de campos. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina ou profissão buscaria apoio em outras disciplinas para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Para facilitar a existência do núcleo, os PRMS, particularmente, devem ser construídos de modo a proporcionar seu desenvolvimento, bem como dos núcleos específicos de saberes e práticas de cada profissão na área, além de auxiliar no desenvolvimento do campo do cuidado, comum a todas as profissões de saúde.

O Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) compõe o PRMS, sendo um colegiado que assessora a COREMU nas questões pedagógicas e, segundo o artigo 9º da Resolução do CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012, é constituído pelo coordenador do Programa, por representantes de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração. Essa composição deve estar regulamentada pelo Regimento Interno da COREMU (MEC, 2012).

A Residência Multiprofissional em Saúde caracteriza-se pela atividade integrada de diferentes campos profissionais de saúde, organizadas em áreas de concentração de conhecimentos. Para ser multiprofissional, o programa deve

constituir-se por, no mínimo, três campos profissionais da saúde, conforme Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS). Ademais, sua estrutura obedece ao modelo multiaxial, configurado pela articulação entre um eixo integrador transversal a todos os campos profissionais envolvidos e a vários outros eixos, correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão.

Os docentes participantes são profissionais vinculados à UFG ou a outras instituições de ensino superior que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico. No caso do Serviço Social, os docentes são, em sua maioria, da Faculdade de Serviço Social da UFG, localizada no campus da Cidade de Goiás, distante 140 km de Goiânia. Já ao tutor cabe a orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo teórico e tutoria de campo prática. Por fim, a função de preceptor caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas realizadas por residentes dos serviços de saúde em que se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora.

O profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente.

Percebe-se por meio da estrutura apresentada, que as atividades de qualificação visam ao aprimoramento do profissional e envolvem a educação permanente dos trabalhadores de saúde, bem como a formação de estudantes e residentes da área da saúde na perspectiva de um trabalho interdisciplinar.

Portanto, são princípios básicos do PRMS, a interdisciplinaridade e a educação permanente.

A atitude interdisciplinar nos ajuda a viver o drama da incerteza e da insegurança. Possibilita-nos darmos um passo no processo de libertação do mito do porto seguro. Sabemos o quanto é doloroso descobrirmos os limites de nosso pensamento. Mas é preciso que o façamos. O gosto amargo da incerteza e a dor íntima do desamparo frente a uma aprendizagem relativizante, incapaz de parâmetros absolutos, são fatores de saúde intelectual que não podem ser desprezados pela pedagogia científica. (JAPIASSÚ, 2011, p. 32)

3.2 INTERDISCIPLINARIDADE

De acordo com Fazenda (2011), o termo interdisciplinaridade não é recente. A autora retoma os estudos de Georges Gusdorf para argumentar que a preocupação sobre o tema se inicia ainda com os sofistas, na Grécia, e com os romanos, e alcança a atualidade, apresentando diferentes nomenclaturas para o mesmo atributo. Considera que, a interdisciplinaridade depende de uma mudança de atitude diante do problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela concepção unitária do ser humano.

A excessiva ênfase no método cartesiano levou à fragmentação do conhecimento, característica do pensamento ocidental, em disciplinas acadêmicas, bem como à atitude generalizada de reducionismo na ciência – a crença em que todos os aspectos dos fenômenos complexos podem ser compreendidos se reduzidos às suas partes constituintes (CAPRA, 1982). A visão cartesiana do mundo permitiu o desenvolvimento científico e tecnológico, presente no mundo atual. Porém, a ênfase no paradigma racionalista apresenta esgotamento graças ao avanço das ciências proporcionado por esse modelo.

É nesse contexto que surge a interdisciplinaridade, mas, ao invés de ela se apresentar como alternativa para a substituição de uma determinada maneira de produzir e transmitir conhecimento, propõe-se a ampliar a visão de mundo de cada pessoa e da própria realidade, com o propósito de superar a visão disciplinar (VILELA; MENDES, 2003).

Pires (1998) considera que as discussões sobre interdisciplinaridade ganharam corpo nos anos 1970 e tinham como eixo a crítica à organização do ensino universitário e ao papel do conhecimento na sociedade capitalista, discutindo-se, entre outras coisas, a ruptura entre teoria e prática e a função social das teorias escolares.

Para Fazenda (2009), o termo interdisciplinaridade não possui um sentido único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido de forma igual. Segundo a autora,

[o] que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa, é a transformação da insegurança num exercício do pensar, num construir. A solidão dessa insegurança individual que vinca o pensar interdisciplinar pode transmutar-se na troca, no diálogo, no aceitar o pensamento do outro. Exige a passagem da subjetividade para a intersubjetividade (p.35).

Existem diferentes pensamentos sobre o que é a interdisciplinaridade, mas, segundo Villela e Mendes (2003), o mais usual é o estabelecido por Erick Jantsch, que consta de cinco níveis:

- a) Disciplinaridade: é uma maneira de organizar e delimitar um território de trabalho, de concentrar a pesquisa e as experiências em um determinado ângulo de visão;
- b) Multidisciplinaridade: justaposição de disciplinas diversas, com intenção de esclarecer elementos comuns, mas desprovidas de relação aparente entre elas;
- c) Pluridisciplinaridade: justaposição de disciplinas mais ou menos vizinhas aos domínios do conhecimento, visando a melhoria das relações entre elas, como, por exemplo, física e química;
- d) Interdisciplinaridade: interação existente entre duas ou mais disciplinas em contexto de estudo de âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e passa a depender claramente uma da outra, resultando em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos;
- e) Transdisciplinaridade: é o nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas. A cooperação é tal que se fala no aparecimento de uma nova macrodisciplina.

Vilela e Mendes (2003) consideram a interdisciplinaridade como uma inter-relação e interação das disciplinas, a fim de atingir um objetivo comum. Busca-se um diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento, apresentando-se como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual.

Por sua vez, Feuwerker e Sena (1999) consideram a interdisciplinaridade como uma das chaves para a compreensão do mundo, uma vez que ele não é feito de coisas isoladas, mas consiste em várias dimensões complementares. Assim, interdisciplinaridade é um conceito que se aplica às ciências, à produção do

conhecimento e ao ensino, especialmente em áreas que demandam, de forma direta, a interdisciplinaridade, como, por exemplo, a área da saúde.

As mudanças em curso no campo da saúde transformam a área da educação, que passa de uma concepção tradicional, calcada na pedagogia da transmissão, centrada no professor e desvinculada da realidade, para a concepção crítico-reflexiva da educação, que busca uma articulação entre teoria e prática, a participação ativa do estudante e a problematização da realidade.

O rompimento com o modelo biomédico deve fazer parte da estratégia de compreender e operar o complexo saúde-doença-cuidado, a partir de uma abordagem interdisciplinar (SCHERER, 2006, p. 60).

O enfoque interdisciplinar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é um componente essencial na formação dos profissionais que atuam no SUS, em consonância com a educação permanente em saúde, que deve ser considerada como eixo transversal e transformador das práticas, tratado a seguir.

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

É importante diferenciar as terminologias “educação permanente” e “educação continuada”. De acordo com Fernandes (2009), ambas conferem dimensão temporal de continuidade de aprendizagem por toda a vida, mas estão inseridas em princípios metodológicos diferentes.

A educação continuada relaciona-se ao prosseguimento da formação inicial, objetivando o aperfeiçoamento profissional. Contudo, nem sempre esse aperfeiçoamento atende às necessidades provenientes da organização do trabalho, e tampouco modifica e/ou qualifica as estruturas e os processos ao atendimento das demandas. (FERNANDES, 2009).

O significado da educação permanente deve ser considerado em relação às transformações societárias e aos interesses vigentes nas classes sociais, tendo em vista que essas transformações influenciam o trabalho, a educação e a formação profissional no século XXI. (FERNANDES, 2009)

A Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. De acordo com Sarreta (2009), “os

trabalhadores da saúde não são insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológico e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde”. A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Esse processo baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, desenvolvendo-se no cotidiano das pessoas e das organizações.

Desse modo, a política de capacitação dos profissionais que atuam no SUS considera a educação permanente como estratégia educacional e de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, do próprio sistema.

O Serviço Social elaborou um documento referente à Política de Educação Permanente do Conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS 2013) e expõe suas reflexões relacionando a importância da educação permanente ao processo de formação do Assistente Social. Esse documento cita Mészáros (2008), que defende a existência de práticas educacionais que permitam trabalhar as mudanças necessárias para a construção de uma sociedade que liberte o ser humano da dominação do capital e que contribua para transformar o trabalhador em um sujeito político capaz de modificar a realidade.

A educação, no entender do conjunto desta profissão, não deve servir aos interesses do mercado, mas ao atendimento das necessidades humanas. Ademais, pode contribuir, no âmbito da disputa hegemônica, com a superação da lógica desumanizadora do capital que se fundamenta na desigualdade, na exploração, no individualismo, no lucro e na competição e tanto para o PRMS quanto para a saúde há necessidade de profissionais com formação integral e generalista, que trabalhem em uma proposta abrangente, abarcando diferentes concepções, e a isso se deve a importância deste documento para os profissionais de Serviço Social que atuam na saúde.

Esse documento considera, ainda, que para materializar esta política vale apoiar-se na concepção de educação popular. No entanto, Ceccim e Ferla (2014) consideram que a Educação Permanente em Saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos. Porém, enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, o objetivo da educação permanente é o trabalho.

A política de educação permanente fortalece os princípios fundamentais do código de ética do assistente social, no que se refere ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional.

3.4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Em 1948, foi elaborado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um novo conceito em saúde, enfocando aspectos biopsicossociais e a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, que acarretou em ampliação do quadro de outras profissões para atuar na saúde, entre elas o assistente social.

Até 1960, o Serviço Social, tanto na produção de conhecimento como nas entidades organizativas, possuía um aporte conservador em suas diretrizes, proveniente do estrutural – funcionalismo norte-americano, sem o objetivo de questionar a ordem sociopolítica. À época, o assistente social, ao atuar em hospitais e colocando-se entre a instituição e a população para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, desenvolvia as seguintes ações: triagem, encaminhamentos, concessões de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2011).

Ainda nesta década, uma ação considerada importante para os assistentes sociais, segundo Bravo e Matos (2011), foi a participação popular em instituições e programas de saúde, tendo somente repercussão na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidades (DC). As funções do Serviço Social de DC, segundo o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS, 1986), “são orientados para a deflagração dos processos de conscientização, motivação e engajamento de lideranças individuais, de grupos e instituições no sentido do desenvolvimento”, que, na lógica positivista, está vinculada à ordem e à harmonia social. O Serviço Social médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do DC, e sim, prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, sendo a participação visualizada apenas na dimensão individual. Assim, pautava-se o Serviço Social do HC/UFG em suas ações (DANTAS *et al.*, 2010).

Após 1964, o Serviço Social brasileiro sofreu modificações que influenciaram o trabalho do assistente social na área da saúde. Naquele período, houve avanços na

participação em grupos de educação para a saúde e em grupos comunitários. O Serviço Social do HC/UFG acompanhou esse processo em trabalhos com grupos de gestantes, ostomizados, diabéticos, além de atuar também no serviço de supervisão de estágio e intervenção nas clínicas existentes (DANTAS *et al.*, 2010).

Nas décadas de 1980 e 1990, o movimento sanitário – que vinha se constituindo desde meados de 1970 – conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilégio ao setor privado. O Serviço Social do HC/UFG acompanhou a influência da conjuntura da intenção de ruptura com o conservadorismo, passando a “Seção Social Médica” a denominar-se “Seção de Serviço Social” e compondo-se por três setores: Clínicas, Ambulatório e Extensão. As assistentes sociais do HC começaram a questionar a relação sujeito/objeto, o assistencialismo, a visão positivista, formulando uma leitura crítica da realidade (DANTAS *et al.*, 2010, p. 3).

Ao implementar essas mudanças no bojo do movimento sanitário, o Serviço Social passa a identificar três tendências em disputa, segundo Netto (1996): a modernizadora, com influência do funcionalismo; a de reatualização do conservadorismo, com recurso à fenomenologia; e a de intenção de ruptura, em interlocução com o marxismo.

De acordo com Cardoso (2013), a vertente modernizadora situada entre as décadas de 1960 a 1970 é uma nova roupagem do projeto tradicional. Nesta proposta, a ação do assistente social vincula-se à adequação do indivíduo à realidade social em sua ideia de desenvolvimento que, na lógica positivista, está vinculada à ordem e à harmonia social.

A segunda tendência, o projeto de reatualização do conservadorismo, com recurso à fenomenologia, propõe que, no lugar de buscar uma explicação para os fenômenos (sua causalidade), deve buscar compreendê-los a partir do próprio sujeito, ou seja, não da coisa em si, mas de como ela é compreendida e vivenciada internamente pelo sujeito. Para esta vertente, o Serviço Social é uma profissão que interfere na subjetividade, propiciando que o indivíduo se conscientize e se transforme, mas sem colocar em pauta a questão social, propondo uma metodologia de intervenção que ficou conhecida como “método compreensivo”, ancorando-se no tripé pessoa – diálogo – transformação (CARDOSO, 2013).

Por fim, o Projeto Intenção de Ruptura, terceira tendência, recebe este nome conforme Netto (1996), por ter uma perspectiva que procura conservar e aprofundar seus traços opositivos ao tradicionalismo, mas sem conseguir avançar efetivamente nesse rompimento no terreno da prática profissional –a ruptura permanece, ainda, como intenção, e tem como perspectiva a transformação social, bem como sua vinculação à teoria social de Marx.

A partir da década de 1990, o Projeto Intenção de Ruptura vive um processo de amadurecimento e revisão, passando a ser chamado de Projeto Ético-Político, segundo Cardoso (2013). Em relação ao Serviço Social do HC/UFG não há uma definição por uma vertente, apesar de as profissionais defenderem uma prática dentro dos princípios da reforma sanitária.

Desde 1997, o Serviço Social consta entre as profissões consideradas de Saúde pelo Conselho Nacional da Saúde (Resolução n. 218/97, CNS). O cotidiano da prática de saúde desenvolvida pelo assistente social tem por objeto a questão social e, de acordo com Pastorini (2010), fome, doença, desemprego, desproteção – objetos de atuação do Serviço Social na saúde – ocorrem nas manifestações da questão social. Talvez isso explique a dificuldade enfrentada pelos profissionais em relacionar a teoria hegemônica do Serviço Social e o cotidiano da prática enfrentada por profissionais de saúde.

Bravo e Matos (2011) expõem que, na área da saúde, há dois projetos que se contrapõem: por um lado, o projeto privatista, que requisita o assistente social para demandas de seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, assistencialismo e predomínio das abordagens individuais; de outro, o projeto denominado de Reforma Sanitária, que impõe ao assistente social as seguintes demandas: busca de democratização do acesso ao serviço de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase em abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2010):

A crítica ao projeto hegemônico da profissão (tendência à intenção de ruptura) passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslancha para

um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. Na década de 1980, pela mobilização e organização da classe trabalhadora é colocado na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos profissionais aos projetos societários³ que são propostos para o conjunto da sociedade. (CFESS, 2010 p.27)

Os dois projetos profissionais existentes na saúde continuam em disputa, bem como o do Serviço Social, pois um deles pretende ser hegemônico e se autodenomina “tendência à intenção de ruptura, orientado por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica e em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico” (IAMAMOTTO, 2008); em outro, o projeto conservador, que se baseia na abordagem funcionalista de matriz positivista, com apreensão superficial dos fatos voltada para o ajustamento dos indivíduos à ordem social vigente.

A partir da instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, há uma reformulação nos currículos. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação da área da saúde referenciam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Ceccim e Carvalho (2011) colocam que algumas profissões em saúde afirmam a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus currículos, mas, segundo eles, a educação em serviço social não faz referência específica à saúde, suas diretrizes são pela cidadania, relações sociais e mercado de trabalho. A observação desses autores é que no curso de graduação em Serviço Social não há destaque para o SUS em seu conteúdo programático, fator que influencia na formação do assistente social.

Porém, no documento intitulado “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde”, elaborado, após vários debates no país, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010, instaura-se com propriedade esse compromisso, fazendo falta, contudo, mais divulgação desse compromisso na graduação. De acordo com este documento, essas são algumas das ações que envolvem uma atuação competente e crítica para o Serviço Social:

³ Segundo Netto (2011, p. 142) projetos societários são aqueles que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-los e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-los.

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e de trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como, de forma compromissada e criativa, não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos, que descaracterizam a proposta original do SUS de direito;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde, entre outros.

Como se vê, há uma elaboração teórica envolvendo o Serviço Social e seu compromisso com o SUS, com foco na interdisciplinaridade e na importância da educação permanente.

Ainda segundo esse documento, os Assistentes Sociais na saúde devem procurar atuar em quatro grandes eixos:

1. Atendimento direto aos usuários, predominando as seguintes ações:
 - 1.1 Ações socioassistenciais, feitas pela elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços da instituição, avaliação socioeconômica para garantia de direitos e visitas domiciliares para conhecer a realidade do usuário;
 - 1.2 Ações de articulação com a equipe de saúde: o Serviço Social tem atribuições próprias que precisam ser especificadas e divulgadas aos demais profissionais, resguardando a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. Como as demais profissões, essa área tem competências distintas para o encaminhamento e desempenho de suas ações, por isso, algumas vezes tem sofrido com uma dificuldade, por parte da equipe de saúde, de compreender suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho existente nas unidades de saúde;

- 1.3 Ações socioeducativas e/ou educação em saúde: essas ações devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e a ênfase na participação dos usuários no conhecimento crítico de sua realidade, bem como potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Tem-se por objetivo a consciência sanitária, que consiste, de acordo com Berlinguer (1978), na articulação com os diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido, o corpo produtivo.
2. Mobilização, participação e controle social: este eixo envolve um conjunto de ações voltadas à mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa de garantias do direito à saúde. Outra preocupação consiste na democratização, por meio da criação de conselhos gestores de unidades (o Conselho Gestor de Unidades de Saúde é um mecanismo proposto pela Conferência Nacional de Saúde e que segue a estrutura dos Conselhos de Saúde, mas que não foi viabilizado na maioria dos Municípios e Estados brasileiros). Um dos espaços criados para estabelecer a comunicação entre os usuários e a instituição é a ouvidoria, que, no SUS, é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, cujo objetivo é melhorar a qualidade dos serviços prestados. As críticas e sugestões são apresentadas individualmente, sem levar em consideração que as dificuldades e os impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultantes da não efetivação do SUS e, portanto, exigem respostas coletivas. Os assistentes sociais têm sido convocados, atualmente, a implantar os serviços de ouvidoria. Cabe indagar porque os profissionais de Serviço Social têm sido chamados a assumir esta tarefa, uma vez que, caso não tenham como proposta a articulação com os conselhos de saúde (da unidade local), podem ser responsabilizados por estarem atuando na redução de tensões, e não na mobilização e organização popular.
3. Investigação, planejamento e gestão: este eixo envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na

garantia dos direitos sociais. A investigação – fundamental para o exercício profissional – permite o desvendar da realidade para propor alternativas de ação, tendo em vista as necessidades e os interesses do usuário. Quanto ao planejamento e à gestão, o objetivo é, entre outros, que, ao integrar essas equipes, o assistente social procure a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência o projeto da reforma sanitária e o ético-político profissional.

4. Assessoria, qualificação e formação profissional: as atividades de qualificação e formação profissional envolvem a educação permanente, com ações que visem a qualificação da equipe de saúde na perspectiva de um trabalho interdisciplinar. Em relação à assessoria, esse documento estabelece que é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área, que tome a realidade como objeto de estudo e detém a intenção de alterá-la. Esse assessor pode estar vinculado a uma proposta que vise a emancipação dos trabalhadores e a ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais, ou, ainda, a dominação dessas e a redução da esfera estatal (MATOS, 2006).

O Assistente Social deve estar consciente desses parâmetros ao atuar na saúde para poder desenvolver suas atividades a contento, por isso, eles foram utilizados para direcionar as perguntas à população objeto deste estudo.

Assim, frente às mudanças no mundo do trabalho, é necessário repensar as práticas profissionais e refletir sobre as novas demandas que se colocam para o Serviço Social, cujo profissional, desde a origem da profissão até os dias atuais, se apresenta com diferentes maneiras de atuação e de posicionamento perante a realidade, de acordo com as transformações operadas na sociedade e com a evolução do pensamento social.

As primeiras ações do profissional de Serviço Social foram assistencialistas e sua execução acontecia na esfera religiosa ou no âmbito privado (caridade). Com o aumento das desigualdades e com o início da industrialização, há uma modificação no contexto social, surgindo uma nova classe social: a classe operária. A concentração de trabalhadores em fábricas e o crescimento de grandes centros industriais, bem como o divórcio do produtor dos meios de produção, ocasionou consequências sociais e teve grande significação histórica (MANTOUX, 1927 *apud* SINGER, 1998), propiciando a intervenção do Estado, conforme expõe Iamamoto (2008, p. 95):

O serviço social se institucionaliza e legitima como profissão, extrapolando suas marcas de origem no interior da igreja, quando o Estado centraliza a política assistencial, efetivada através da prestação de serviços sociais implementados pelas grandes instituições; com isso, as fontes de legitimação do fazer profissional passam a emanar do próprio Estado e do conjunto dominante.

No Brasil, o surgimento do Serviço Social, na década de 1930 a 1960, baseou-se em uma prática conservadora, assistencialista, e, nos dias atuais, tem adotado a teoria crítica, com referencial marxista. Ao longo do tempo, constata-se que o profissional de Serviço Social sempre procurou resolver as demandas apresentadas, embora atendendo ora aos interesses do capital ora aos interesses das classes populares (MARTINIANO, 2011).

O Serviço Social na área da saúde, de acordo com Silva (1984), procura formar profissionais cidadãos comprometidos não somente com seu saber profissional, mas também com sua prática e com a realidade social. E em seu exercício profissional procura cumprir com as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor. Isso implica que o processo de trabalho do Assistente Social deve ser apreendido a partir de um debate teórico-metodológico que permita o repensar crítico do ideário profissional e, conseqüentemente, da inserção dos profissionais, recuperando o sujeito que trabalha enquanto indivíduo social.

A proposta é de uma lógica curricular inovadora, que supere a fragmentação do processo de ensino-aprendizagem, e permita uma intensa convivência acadêmica entre professores, alunos e sociedade. Este é, ao mesmo tempo, um desafio político e uma exigência ética: construir um espaço por excelência do pensar crítico, da dúvida, da investigação e da busca de soluções (ABEPSS, 1996).

Em relação ao Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde, Mendes (2013) explicita que se a implantação da RMS trouxe possibilidades, também apresenta desafios para os profissionais que atuam no cotidiano dos serviços, sendo eles: a) primeiro desafio : implantação da Residência em uma conjuntura desfavorável devido ao sucateamento, à precarização e privatização dos serviços públicos de saúde, com adesão das Universidades Federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), contrariando o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde; b) segundo desafio: enfrentar as queixas generalizadas nos ambientes que discutem a residência devido à sobrecarga dos trabalhadores nos serviços com o

quantitativo aquém do necessário para o atendimento à população; c) terceiro desafio: os profissionais devem contemplar novas demandas, entre as quais a preceptoria e a tutoria, não acompanhadas da melhoria de condições de trabalho e contratação de novos trabalhadores; d) quarto desafio: exercer o compromisso com o ensino em serviço em contraposição à perspectiva do treinamento em serviço, que privilegia o aprendizado pela prática, sem a obrigatoriedade de uma reflexão teórica.

A concepção de saúde como direito da população deve instigar os residentes a refletirem criticamente sobre a prática em relação à teoria aprendida, resultando na formação de profissionais críticos diante da realidade, independentemente do local onde esta prática aconteça. Dessa maneira, cabe ao preceptor auxiliar no direcionamento dessa prática para que a atuação do residente seja a mais qualificada possível.

Conforme o artigo 13º da Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012, a função de preceptor é a de supervisionar diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes no serviço de saúde onde o programa é desenvolvido. Essa função deve ser exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O preceptor deve ser da mesma área do profissional residente sob sua supervisão e, conforme afirma Botti (2009), precisa se preocupar com os aspectos de ensino aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados no próprio ambiente de trabalho. Ademais, deve ser capaz de integrar conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas de atenção à saúde.

De acordo com Silva e Capaz (2013 p.208) dentre as competências dos preceptores, destacam-se:

- a) exercer a função de orientador de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde: este aspecto exige que o preceptor tenha conhecimento acerca das bases do SUS, assim como dos conteúdos e das práticas atinentes ao seu espaço de atuação. Isso determina que o preceptor deve participar de eventos e ter acesso à educação permanente para que o repasse do conhecimento aconteça de forma mais qualificada;

b) facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo da prática: essa competência exige ações interdisciplinares, autonomia dos preceptores e das equipes multiprofissionais nos cenários de prática.

Quanto aos residentes, suas atribuições, dentre outras, são de empenhar-se como articuladores participativos na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão da saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS e para contribuir ao aprimoramento do projeto pedagógico (SILVA e CAPAZ, 2013 p.211).

O desafio de deslocar o projeto privatista focado nas especialidades para um projeto capaz de assegurar à população o direito à saúde universal e integral por meio de políticas públicas pressupõe a interdisciplinaridade e a educação permanente como requisitos fundamentais para a necessidade de orientar a formação de recursos humanos para o SUS (MENDES, 2013). A RMS tem uma importante contribuição neste sentido.

A seguir, explica-se a respeito do método e dos critérios utilizados para o desenvolvimento deste estudo.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com o tema que norteou a presente pesquisa, adotou-se um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo doze assistentes sociais egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas e cinco preceptores que atuam nos seguintes cenários de prática do HC/UFG: Urgência e Emergência, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI (Neonatal, Médica e Cirúrgica), Materno-Infantil (Maternidade e Pediatria), Hematologia e Hemoterapia.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas as assistentes sociais que concluíram a Residência Multiprofissional em Saúde no período de 2010 a 2012 no Hospital das Clínicas – HC/UFG –, bem como as preceptoras das áreas de concentração: Unidade de Terapia Intensiva – UTI, Materno-Infantil, Atenção em Urgência e Emergência e Hematologia - Hemoterapia.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as três assistentes sociais que não concluíram a Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital das Clínicas (HC/UFG), no período de 2010 a 2012, devido à residência ser em regime de dedicação exclusiva. Essas profissionais passaram em concurso público na área da saúde e, ao optar pelo trabalho, tiveram que deixar a residência. Ademais, duas preceptoras convidadas alegaram falta de tempo para participar da entrevista.

4.5 INSTRUMENTO

Para a coleta de dados foram utilizados dois roteiros de entrevistas semiestruturados, com perguntas abertas, gravadas e aplicadas a residentes e preceptoras (Apêndices 1 e 2). A entrevista semiestruturada é uma técnica que, segundo Triviños (1987), proporciona ao entrevistado ser um ator no processo, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa e possibilitando a presença ativa e consciente da pesquisadora.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os participantes da pesquisa, egressos da residência, foram contactados via telefone para que fosse possível marcar dia e local da entrevista, respeitando a disponibilidade de cada um. Algumas residentes optaram por serem entrevistadas no próprio HC e outras em seu local de trabalho. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e seu roteiro foi composto por sete questões para serem respondidas pelas preceptoras e nove questões pelas residentes.

As entrevistas foram realizadas somente após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de sua assinatura pelas participantes.

Como forma de garantir o anonimato, foi utilizado para este trabalho, a letra “P” para identificar as preceptoras entrevistadas e a letra “E” para identificar as assistentes sociais egressas da RMS.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 MS/CNS/CONEP, dentre eles o sigilo quanto à identidade dos participantes, a valorização das entrevistadas e de suas opiniões e a autonomia em participar do estudo, além da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.8 TRATAMENTO DOS DADOS

As entrevistas transcritas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2013). Tal análise refere-se a

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (idem, p.44)

Minayo (2010) defende que a análise de conteúdo diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados do contexto da fala negam e criticam, em geral, a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.

Para a sistematização dos dados foram utilizados alguns conceitos, que dão sustentação ao desenvolvimento da análise de conteúdo (BARDIN, 2013), a saber:

- 1) Conteúdo manifesto: implica eliminar as ideias *a priori* e os preconceitos do pesquisador. Para isso, a análise deve abordar apenas o conteúdo manifesto, o que foi efetivamente expresso, e não o conteúdo presumido em função do que o pesquisador acredita saber acerca do problema;
- 2) Unidade de registro: trata-se de uma unidade de segmentação de recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. Ela pode ser definida por uma palavra, uma frase, minuto de gravação ou outra.
- 3) Unidades de contexto: são segmentos do texto que permitem compreender a significação das Unidades de Registro, recolocando-as em seu contexto, tratando-se sempre de uma unidade maior do que a Unidade de Registro. Exemplo: a frase para a palavra, o parágrafo para o tema;
- 4) Categoria: compreende-se a fragmentação da comunicação para análise das informações contidas na comunicação, ou, como afirma Bardin (2013, p. 39), a

categorização é a produção de rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem;

- 5) **Categorias Operacionais:** são aquelas que têm a função de marcar o texto com referências ao pesquisador, mas não tratam do conteúdo da resposta dos entrevistados;
- 6) **Análise Categorical:** considera a totalidade do texto de análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou a ausência de itens de sentido;
- 7) **Inferência:** operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições, já aceitas como verdadeiras. A intenção maior da análise categorial é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção de uma mensagem, inferência que recorre a indicadores relativos ao texto.

Segundo Deslandes, Gomes e Minayo (2012, p. 89), a inferência ocorre quando se deduz, de maneira lógica, algo do conteúdo que está sendo analisado. Ainda, de acordo com esses autores, a trajetória da análise de conteúdo pressupõe as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

4.9 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para buscar os temas nos depoimentos, foram definidas categorias que conseguissem responder aos objetivos da pesquisa. De acordo com Bardin (2013), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos:

- 1) **Pré-análise:** corresponde a um período de intuições, com a finalidade de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir, em um plano de análise, a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas. Nesta etapa ocorre a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas. A leitura flutuante é a primeira atividade e consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados, conhecendo o texto e se deixando invadir por impressões e orientações. Posteriormente a esta etapa,

é realizada a escolha dos documentos, com demarcação do universo a ser analisado;

- 2) Exploração do material: fase de análise propriamente dita, nada mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Aplicam-se os procedimentos manualmente ou em operações efetuadas por computador – neste caso, o programa completa a análise mecanicamente.

Nesta fase, as entrevistas com preceptores e residentes foram disponibilizadas na base do *software* Atlas.TI. A escolha de uma teoria para realizar a análise e proceder à codificação é tão importante quanto a escolha da metodologia de análise. O *software* Atlas.TI, de acordo com Queiroz e Cavalcante (2011), permite a descoberta de fenômenos complexos, que, possivelmente, não seriam detectáveis na simples leitura do texto, principalmente em relação à técnica tradicional de tratamento dos dados – manual. Vale destacar que nenhum *software* realiza todo o procedimento de análise independente do pesquisador. Considero demarcar a importância de ter utilizado as bases de dados deste *software* pelo refinamento na análise dos resultados, que dificilmente seria captado por uma pesquisadora iniciante. Um exemplo é o resultado fornecido pelos depoimentos, que captou a concepção de ensino tradicional das preceptoras. Esse resultado não teria sido possível caso se aplicasse a técnica manual de tratamento dos dados.

- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: os resultados são tratados de maneira a se tornarem significativos (falantes) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagem) permitem estabelecer quadros de resultados que condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. O pesquisador, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode, então, propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados com a caracterização das entrevistadas e a distribuição das categorias temáticas, conforme apresentado nas tabelas, explicadas no decorrer deste capítulo.

5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM AS PRECEPTORAS

Em relação à análise dos dados das preceptoras será apresentada, inicialmente, a caracterização das cinco entrevistadas, relacionando: idade, tempo de serviço, cenário de prática, vínculo empregatício e pós-graduação. Na sequência será feita a análise temática.

5.1.1 Caracterização das Participantes

A Tabela 1 apresenta a caracterização das preceptoras do Serviço Social. Em relação à idade, elas estão na faixa etária entre 37 a 54 anos. Quanto ao tempo de serviço, a maioria tem entre 15 e 20 anos, portanto, são profissionais com extensa experiência no HC/UFG. As preceptoras, em sua maioria (80%), são funcionárias públicas federais e uma delas presta serviços ao HC/UFG por meio de contrato com a Fundação de Apoio do Hospital das Clínicas (FUNDAH). Em relação à qualificação profissional, 80% possuem pós-graduação, sendo duas *strito sensu*, duas *lato sensu* e uma não possui especialização, estando em desacordo com a legislação em vigor. Para cada cenário de prática há uma profissional responsável, exceto o materno-infantil, no qual há uma assistente social que é tutora do eixo materno-infantil e exerce também a preceptoria no atendimento à criança e ao adolescente no ambulatório de Pediatria.

Todas as preceptoras e residentes são do sexo feminino, cuja predominância condiz com a realidade da feminização das ocupações em postos de trabalho no campo da saúde, notadamente pelo caráter de cuidado inerente a essas profissões (MACHADO *et al.*, 2006). Este resultado corrobora com um estudo semelhante de Fajardo (2011).

Tabela 1 – Caracterização das preceptoras do Serviço Social do HC/UFG (N=5).

Caracterização	Variáveis	Frequência	%
Idade	31 ----- 40	2	40
	41 ----- 50	1	20
	51 ----- 55	2	40
Total		5	100
Tempo de serviço	10 a 15 anos	2	40
	15 a 20 anos	3	60
Total		5	100
Cenário de prática	Materno-infantil	2	40
	Pronto-socorro	1	20
	Setor de internação: clínica médica	1	20
	Hematologia/hemoterapia	1	20
Total		5	100
Vínculo empregatício	UFG	4	80
	FUNDAHC	1	20
Total		5	100
Pós-graduação	Doutorado	1	20
	Mestrado	1	20
	Especialização	2	40
	Sem especialização	1	20
Total		5	100

Fonte: Pesquisa de campo.

A partir da análise dos conteúdos obtidos das entrevistas com preceptoras resultaram em vinte e cinco unidades de análise temáticas (uats). A categoria formação profissional em Serviço Social deu origem as subcategorias: trabalho em equipe multiprofissional e limites, possibilidades e desafios; a categoria atuação profissional deu origem as subcategorias: conhecimentos dos parâmetros e código de ética; a categoria habilidades e competências deu origem as subcategorias: concepção ampliada de saúde e concepção de saúde integral; a categoria relação interprofissional; e a categoria dificuldades no campo de atuação originando as subcategorias: implantação da RMS, falta de preparo para a preceptoria, falta de profissional para preceptoria e concepção de ensino tradicional. Conforme pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição percentual das categorias temáticas relacionadas ao PRMS na percepção das preceptoras (25 unidades de análises temáticas – uats)

CATEGORIA-SUBCATEGORIA	DEFINIÇÕES	%
Formação profissional em Serviço Social Trabalho em equipe multiprofissional Limites, possibilidades e desafios	O que as preceptoras consideram importante para a formação profissional das residentes, bem como os limites, as possibilidades e os desafios assinalados.	20
Atuação profissional Conhecimentos dos parâmetros Código de Ética	Percepção das preceptoras quanto à atuação profissional estar ou não em consonância com o documento denominado “Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde”	16
Habilidades e competências. Concepção ampliada de saúde Concepção de saúde integral	Conhecer quais são as ações que contribuirão para o desenvolvimento das habilidades e competências do profissional para o fortalecimento do SUS.	20
Relação interprofissional	Relação dos profissionais do Serviço Social com os demais profissionais de saúde.	20
Dificuldades no campo de atuação Implantação da RMS; Falta de preparo para a preceptoria; Falta de infraestrutura: Recursos Humanos e materiais; Concepção de ensino tradicional	Dificuldades que as preceptoras enfrentaram na implantação da RMS.	24
Total		100

5.1.2 CATEGORIA Formação profissional em Serviço Social

Gonçalves e Higuchi (1998) apontam a formação profissional como um processo, como uma práxis (ação-reflexão-ação) que leva ao desenvolvimento de habilidades necessárias ao desempenho profissional.

Diversos estudos destacam os limites e as carências observadas durante o processo de formação, particularmente na educação universitária, e o momento de inserção na prática profissional. De acordo com Davini (2009), o esforço em busca da capacitação, na maioria das vezes, limita-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho, raramente de revisão de práticas. Frequentemente, as propostas de formação iniciam-se com ações de reformulação de comportamentos, mas rapidamente evoluem para o desenvolvimento de novas habilidades, seguindo as teorias de aprendizagem que presumem a existência de um contexto neutro para a prática de novas habilidades, e não um novo significado para as aprendizagens adquiridas. A RMS surge com o objetivo de dar um novo significado para as aprendizagens adquiridas, como argumenta o autor.

5.1.2.1 Subcategoria Trabalho em equipe multiprofissional

Com relação à formação profissional, a avaliação feita pelas entrevistadas acentua a necessidade de aquisição de novos conhecimentos para a execução do trabalho multiprofissional. A formação em Serviço Social, por ser generalista, demanda incorporar conhecimentos relacionados à saúde e, de acordo com os preceptores, deve-se formar profissionais capacitados para atuar em uma equipe multiprofissional, que tentem garantir a integralidade da atenção em saúde, proporcionando a construção de novos saberes e práticas. Conforme Barros (2010), entende-se o trabalho multiprofissional como a concretização do trabalho coletivo, em que as especificidades são respeitadas, conforme se depreende pelo depoimento:

[...] Atuação individual, atuação de um profissional junto ao usuário, hoje ela não tem mais tanto impacto, vamos dizer assim, do que numa atuação multi. Então eu acho que a residência ela vem para nos impor esse desafio de conseguir trabalhar com outras áreas, com outras perspectivas teóricas, que muitas vezes os outros profissionais têm. A gente saber lidar com essa diversidade mesmo, ao invés de estar no nosso cantinho, sem questionamento, andando, caminhando sozinho. Eu acho que a gente tem essa possibilidade de nos colocar desafios

e tentar romper com esses desafios dentro dessa atuação multiprofissional. (P3)

A fala de uma preceptora, exposta a seguir, refere-se à residência como um avanço e considera que na formação do residente deve-se procurar formar profissionais capacitados para atender as diversas demandas do SUS, visando um atendimento integral e interdisciplinar. A formação profissional acontece em diferentes níveis de compreensão e a intervenção junto aos profissionais deve ser pensada por meio da educação permanente em saúde:

[...] Considero um avanço. À medida que se tem uma visão mais ampliada do conceito de saúde, somando à necessidade de uma formação profissional do residente de forma integral e interdisciplinar. Vale ressaltar que as preceptoras também têm que buscar atualizar seus conhecimentos, para que neste processo de ensino/aprendizado/trabalho, possa desenvolver de forma satisfatória junto ao Programa Multiprofissional de Residência. (P4)

A educação permanente, segundo Barros (2010), é a capacitação que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários do serviço de saúde, a reorganização de sua atuação tendo em vista as condições de vida e os referenciais teóricos da profissão, previstos na legislação e no projeto da reforma sanitária.

5.1.2.2 Subcategoria Limites, possibilidades e desafios

Percebe-se que a questão do não preparo para a preceptoria e a falta de formação pedagógica são fatores limitantes, bem como o número insuficiente de preceptores para cobrir a carga horária de sessenta horas semanais, definida pelo CNRMS. O espaço físico é insuficiente para os profissionais, que agora tem que abrigar toda a equipe de residência, conforme o relato:

[...] Considero que temos várias limitações, inclusive de caráter pedagógico. Não temos ainda uma certa “uniformidade” de conduta, claro que considerando o perfil e a individualidade de cada profissional. Falta de espaço físico adequado, acarretando falta de privacidade para atendimento. Números de preceptores insuficientes em período integral. (P4)

Outro fator limitante é o número insuficiente de profissionais para assumir a tarefa de assistência, preceptoria e de capacitação, como se observa no relato:

[...] Eu acho assim, a disponibilidade de tempo dos próprios profissionais, pela falta, pelo número deles que é limitado. De muitas vezes ter que se capacitar também para responder a essa residência. Não é às vezes por falta de vontade, mas por falta de possibilidade mesmo. (P3)

Em estudo realizado por Sant'Ana (2014) há resultado semelhante, apresentando a falta de capacitação pedagógica para o exercício da preceptoria, dificuldades estruturais e a falta de recursos humanos, apontados como negativos para o exercício da preceptoria.

Quanto às possibilidades de trabalho e de atuação advindos da formação profissional na RMS, um avanço reconhecido pelas preceptoras é a criação do colegiado, criado com a participação do tutor, dos preceptores e de um representante dos residentes. É um espaço privilegiado de discussão, planejamento e sistematização das ações, com vistas a uma intervenção e à formação profissional mais qualificada:

[...] Eu acho que avançou muito, que agora, na nossa seção, ter construído esse colegiado foi muito importante. Estar discutindo, estar falando, eu acho que a gente construiu muita coisa, a partir do início que não tinha nada. (P5).

Uma das preceptoras, inclusive, relata que considera como possibilidade ser o assistente social reconhecido como profissional necessário para a política pública voltada para a Saúde: “[...] Eu vejo que traz a possibilidade de um maior reconhecimento. Como um profissional que é necessário dentro do exercício daquilo que se diz política pública, voltada pra saúde” (P2).

Outra entrevistada relata a importância do intercâmbio entre a graduação e a RMS:

[...] Eu vejo muitas possibilidades na medida em que a gente estreitar as relações com a unidade acadêmica e a universidade realmente investir nesse retorno, ou nessa aliança aí da residência com a unidade acadêmica. Eu acho que vai contribuir muito. (P3)

Já sobre os desafios apresentados pelas preceptoras, um deles é a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no HC, que, segundo o relato de uma entrevistada, será um fator de limitação para a Residência. Uma participante assim se expressou:

[...] Eu penso que o maior desafio que a gente vai enfrentar agora vai ser a entrada dessa EBSERH. A gente não tem uma noção concreta do que vai ser mas pelas experiências em outros lugares, a gente vai ver que vai ser um fator de limitação pra residência também. Espero que não, mas, a perspectiva não é tão positiva. (P3)

Outro desafio colocado relaciona-se aos valores profissionais:

[...] Por fim, é realmente um desafio para nós, profissionais envolvidos neste Programa de tamanha complexidade, que visa à formação de profissionais com atuação dentro dos princípios da ética e respeito à pessoa humana. (P4)

Em relação aos valores profissionais, Witt (2005) os considera como processos socioculturais e históricos que englobam a ética como norteadora da ação profissional, o comprometimento e o compromisso com a saúde individual e coletiva e a responsabilização pela atenção à saúde dos indivíduos.

Em estudo semelhante realizado por Rodrigues (2012), refere-se a uma abordagem que enfatiza a importância desses valores. A saúde associa-se à ética, estabelecendo uma prática que é, ao mesmo tempo, subordinada e baseada em certos valores e princípios (OPAS, 2002). Neste domínio, foram evidenciadas competências que envolvem valores profissionais em seus enunciados, tais como compromisso, ética, responsabilidade e comprometimento.

Os sentidos estabelecidos nas três dimensões (limites, possibilidades e desafios), de acordo com Vargas e Belinni (2012), expressam que, no cotidiano, diferentes riscos e desafios são colocados para o assistente social e precisam ser analisados, buscando identificar possibilidades de superação direcionadas para o projeto profissional e para a defesa do SUS idealizado pela Reforma Sanitária. Uma das possibilidades de transformação de práticas profissionais, baseada na educação permanente, é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

5.1.3 CATEGORIA Atuação profissional

A atuação profissional do Serviço Social na Saúde desenvolve-se em inúmeras frentes devido à precariedade de funcionamento do SUS. Assim, ao mesmo tempo em que o Sistema de Saúde do Brasil é capaz de incorporar tecnologias avançadas, constata-se que ainda faz-se necessário realizar trabalhos que habilitem a população a conviver com regras básicas de funcionamento dos serviços. Conforme destaca Costa (2000, p. 65):

Frente a esse fato poder-se-ia dizer que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho na saúde se constrói “pelo avesso”, ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais das políticas de saúde e, particularmente, no SUS.

O atendimento a algumas necessidades dos usuários, não contempladas pelo SUS, cada vez mais se identifica e se vincula às competências profissionais do assistente social, porém, para a maioria deles essas demandas são resultantes da ausência de uma especificidade profissional, do “baixo” *status* da profissão na escala hierárquica das ocupações, ou representa uma desqualificação do seu trabalho.

5.1.3.1 Subcategoria Conhecimento dos parâmetros do Serviço Social na Saúde

Refere-se à pergunta: como você analisa a atuação dos profissionais de Serviço Social do HC/UFG pelos parâmetros do Serviço Social na saúde? Os parâmetros a que essa pergunta se refere é um documento elaborado pelo CFESS (2010), com o propósito de nortear a prática profissional do Assistente Social na saúde. Foi utilizado, nesta pesquisa, para saber se as profissionais entrevistadas agem sob a égide desses parâmetros. Por sua importância, esse documento é o sugerido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) para ser utilizado como respaldo nos debates teórico-práticos do Serviço Social.

Depoimento de uma entrevistada sobre os Parâmetros do Serviço Social na Saúde:

[...] Eu penso que esses próprios parâmetros são muito recentes. Eu acho que o que o HC está tentando fazer hoje é se adaptar a esses parâmetros, a esse norte que a própria categoria tem dado pra atuação dentro da saúde. E eu penso que, assim, sem desprezar a trajetória anterior, eu acho que o que se está tentando hoje é se adequar com a construção de um programa de diretrizes para a ação profissional. (P3)

Outra entrevistada se restringiu a tentar descrever os parâmetros, mas sem associá-los à prática vivenciada na instituição:

[...] Eu analiso que o serviço social segue os parâmetros propostos pelo SUS, proposto pelo que se espera da saúde, uma vez que a gente trabalha, que nosso serviço é voltado para umas questões... a gente tenta humanizar o serviço. Claro que é um processo... O serviço acontece de uma maneira multiprofissional. E é um serviço 100% SUS, onde o Serviço Social tenta considerar o máximo possível as questões sociais do usuário, sem interferência e muitas vezes até se contrapondo a diretoria, às ordens a quem está sobrepondo essa relação. (P1)

Costa (2000) observa, em seu estudo sobre o Serviço Social, realizado em Natal-RN, que as necessidades objetivas dos usuários se transformam em demandas profissionais à medida em que se confundem com as próprias necessidades institucionais. São estes portadores de necessidades materiais não contemplados pelo Sistema – os que não têm a quem recorrer – que constituem a população usuária do Serviço Social no contexto do SUS, inclusive na realidade hospitalar do HC/UFG.

5.1.3.2 Subcategoria Código de ética

As ações desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social, sejam as realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão e devem ser respeitados tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras:

O código de ética é um instrumento educativo e orientador do comportamento ético profissional do assistente social: representa a autoconsciência ético-política da categoria profissional em dado momento histórico. Assim, é mais do que um conjunto de normas, deveres e proibições, é parte da ética profissional: ação prática mediada por valores que visa interferir na realidade, na direção de sua

realização objetiva, produzindo um resultado concreto. (BARROCO e TERRA, 2013, p.35)

A entrevistada faz referência ao código de ética como norteador da prática do assistente social:

[...] A nossa atuação, ela está na verdade norteada pelo código de ética. A gente segue o código de ética, pela Lei da regulamentação da profissão. A gente identifica as demandas presentes, e procura resolvê-las. (P1)

Uma demanda apresentada aos assistentes sociais é a de suprir as "lacunas" gestadas nas práticas dos demais profissionais no interior do processo de trabalho em saúde. Como exemplo destas lacunas pode-se citar pedidos dos usuários na orientação sobre medicação, marcação e esclarecimento de exames médicos. Segundo Costa (2000), este tem sido um dos aspectos mais destacados na política nacional de humanização – HUMANIZA SUS.

Estudo realizado por Scherer (2006, p. 165), demonstra que no trabalho em saúde surgem, a todo o momento, novas demandas que fazem com que muitas vezes um profissional abandone o que está fazendo para resolver aquilo que considera mais urgente, seja relacionado à atenção direta ao usuário, seja relacionado a compromissos estabelecidos com a equipe de saúde. Essa realidade dificulta o planejamento das ações e a própria execução do que é planejado, contribuindo para reforçar a prática do “apagar incêndios” e a atenção à demanda espontânea, e coloca o profissional constantemente diante de situações novas que precisa gerir.

5.1.4 CATEGORIA Habilidades e Competências

As habilidades e competências desenvolvidas por profissionais que atuam no SUS, segundo Oliveira (2004), sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para a resolução dos problemas. Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da área da saúde o profissional deve ser generalista, com visão humanista crítica integradora, capaz de atuar com qualidade e resolutividade no SUS, além de possuir competência para responder às necessidades e demandas da população em situações concretas.

Os depoimentos revelam as habilidades e competências de compreender a saúde de forma integral, tomando o paciente como parte de um sistema social e econômico. As assistentes sociais consideram-se preparadas pela graduação para trabalharem com as políticas públicas, têm uma concepção ampliada de saúde e enfatizam os determinantes sociais em consonância com os princípios do SUS. Ademais, veem os usuários como cidadãos de direitos e têm uma leitura crítica da realidade, como expresso no fragmento a seguir:

[...] Para trabalhar ou para efetivação do Sistema Único de Saúde, é algo assim que já é base da nossa formação. Então na formação, na própria graduação, desde o início a gente já tem uma série de matérias que nos habilita. E que a partir daí, é claro têm umas pessoas que vão ter um pouco mais de facilidade para trabalhar com políticas públicas voltadas para a área da saúde e outras não. E a questão da competência, eu acredito que todos os profissionais saem do curso sendo capazes de identificar e de trabalhar exercendo a profissão com competência e com habilidade no que diz respeito a essa política. (P1)

5.1.4.1 Subcategoria Concepção Ampliada de Saúde

Cavalcanti e Zucco (2006) assinalam que a inserção dos Assistentes Sociais no SUS tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis do SUS, derivada da adoção do conceito ampliado de saúde, que compreende o processo saúde/doença como decorrentes das condições de vida e de trabalho, como se observa nos depoimentos transcritos a seguir:

[...] Procuramos trabalhar em defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, ressaltando a concepção ampliada de saúde considerada como melhores condições de vida e trabalho, com ênfase nos determinantes sociais em consonância como os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização e universalização e a participação social. (P2)

Uma delas eu acho que é compreender o próprio papel da saúde hoje. Compreender que a saúde não é só ausência de doença, que a saúde é muito mais ampla que isso. E aí, é você atuar junto a esse usuário, de forma que você consiga trabalhar também na qualidade de vida dele, na perspectiva externa, à própria instituição. (P3)

5.1.4.2 Subcategoria Concepção de Saúde Integral

De acordo com Giovanella et al (2012) a integralidade foi concebida pela reforma sanitária em quatro perspectivas:

1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (reforma urbana, reforma agrária) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ações intersetoriais. Assim, o sistema de serviço de saúde organizado nessa perspectiva incorporaria certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias.

Uma entrevistada destaca o assistente social como portador da integralidade no SUS:

[...] A gente vai aprendendo na prática, mas eu acho que a gente aprendeu bem. Eu concordo com que a Maria Dalva [teórica do Serviço Social] fala, que é o seguinte: nós na maior parte do tempo é que fazemos a integralidade funcionar. [...] é o Serviço Social, pelo menos aqui no HC, é o Serviço Social que faz essa integralidade funcionar. (P5)

A entrevistada faz referência a uma teórica do Serviço Social, que, ao discorrer sobre a integralidade, expõe:

Assim pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações (COSTA, 2000, p. 62).

5.1.5 CATEGORIA Relação Interprofissional

D'Amour *et al.* (2005 *apud* MATUDA, 2012) prefere falar em cooperação interprofissional, que pode ser definida como o conjunto de relações e interações que

acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde. É também considerada como um processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico, que implica constante processo de negociação. Envolve diversas habilidades pessoais e sociais e seus níveis estão relacionados com a complexidade da tarefa a ser desempenhada (OANDASAN *et al.*, 2004 *apud* MATUDA, 2012).

Segundo D'Amour e Oandasan (*apud* ARAUJO e GALIMBERTTI, 2013), a interprofissionalidade é uma resposta às práticas fragmentadas, sendo desenvolvida por meio da prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas, com foco nas necessidades dos usuários, da família e da comunidade. Requer uma mudança de paradigma em termos de valores, códigos de conduta e processos de trabalho. O depoimento a seguir reflete o posicionamento da entrevistada, que corrobora com os autores citados:

Acredito ser de fundamental importância o Serviço Social trabalhar com outras categorias profissionais. Há uma troca de saberes e agrega conhecimentos, o que proporciona a equipe interprofissional ter uma intervenção mais qualificada.

Vale ressaltar que considero que também é um grande desafio trabalhar interprofissionalmente, pois muitas vezes outras categorias delegam atribuições que não pertencem ao Serviço Social, por este motivo é necessário que o Assistente Social esteja bastante consciente de seu papel para não atuar em atividades que não são próprias. (P4)

Necessário ressaltar que a relação interprofissional foi considerada, pelas respostas apresentadas, como mais um conhecimento ocasionado pela forma como a prática tem sido realizada. Na realidade, parece que existe um campo profissional ainda em formação, por isso a dificuldade das entrevistadas em tratar do tema ou caracterizar de maneira precisa a interprofissionalidade em suas respostas. Isso pode ser percebido no fragmento a seguir:

[...] A percepção do serviço social em relação interprofissional? Eu acho que essa é uma dificuldade para nós do Serviço Social, porque a própria academia, ao longo de sua história, ela trabalhou muito nessa perspectiva de atendimento do Serviço Social com o usuário. Não preocupou muito em trabalhar essa interdisciplinaridade, essa interprofissionalidade. Então eu acho que é isso... a gente vai ter que dar muito retorno para academia, para gente poder trabalhar nesta perspectiva. (P3)

Outro depoimento reflete a interprofissionalidade como um campo de tensão em que o assistente social tem se percebido como uma categoria profissional sobrecarregada com funções muitas vezes determinadas institucionalmente, ou por outras profissões, e que não são próprias do fazer profissional do Assistente Social. O descontentamento percebe-se na forma como acontece a relação interprofissional na prática:

[...] Eu tenho uma restrição a essa palavra interprofissional, porque na prática, tudo aquilo que não é de ninguém, as outras profissões acham que é inerente ao Serviço Social. Mas nós não trabalhamos com o que não é de ninguém, nós trabalhamos com algo muito preciso. Diz respeito à garantia de direitos do usuário. Então a minha percepção é que algo, assim, até bonito falar de interprofissionalidade, só que eu costumo dizer que a visão que se tem de que aquilo que não é de ninguém sobra pro serviço social e essa é uma visão equivocada. Desvaloriza o profissional e desvaloriza também a profissão. (P2)

Nesse caso, seria necessário desmistificar o conceito de interprofissionalidade para que não haja uma desvalorização da categoria.

5.1.6 CATEGORIA Dificuldades no campo de atuação

Foram relatadas quatro dificuldades principais pelas entrevistadas: implantação da RMS; falta de preparo para a preceptoria; falta de profissionais para a preceptoria e concepção de ensino tradicional.

5.1.6.1 Subcategoria Implantação da RMS

A implantação da RMS foi percebida como uma imposição do Programa e esta foi, de fato, a principal reclamação das preceptoras. Não haver preparação prévia, planejamento junto às pessoas designadas a serem preceptoras e falta de ensino formal que as preparassem para exercer tal função constituem as principais dificuldades e são características que adquirem um sentido negativo para elas. Isso revela uma característica da profissão, o estar sujeita a alterações abruptas a partir de cima, a imposições:

Na minha opinião, considero que o Programa foi implantado de uma forma autoritária, de cima para baixo. Sem haver uma discussão mais ampla, envolvendo todos os sujeitos que pertencem a esse Programa. Não houve uma preparação prévia no sentido de definir de forma clara o papel de cada um dentro desse processo, nem planejamento de rotinas e atividades para preceptores e residentes. Não houve capacitação para os preceptores. Enfim, a implantação foi de forma impositiva para os preceptores, sem organização prévia. (P4)

Outro depoimento expressa a novidade do processo de implantação:

Uma das principais dificuldades, que a meu ver existe, primeiro que é inerente à algo novo. Tudo que é novo, assim é um caminho que está sendo construído, é algo, claro, caminha para algo que será melhor, mas nesse momento a gente ainda tem muito choque. E uma das principais dificuldades encontradas nesse processo, porque assim, a meu ver, no início, faltou discussão. (P1)

5.1.6.2 Subcategoria Falta de preparo para preceptoria

Refere-se a como as preceptoras se sentem diante da função de ser preceptor, dificuldade apontada pelas entrevistadas e ocasionada pela falta de preparo para a nova atribuição. De acordo com Silva e Capaz (2013), a preceptoria, apesar de não ser docência, participa de uma atividade de ensino que deve produzir não só aprendizagem, mas também autonomia e crítica. Segundo esses autores, não basta que se estabeleça uma relação de horizontalidade entre preceptor e residente. É necessário que o preceptor tenha acesso à educação permanente, pois só assim essa troca acontecerá de forma qualificada.

Tanto a subcategoria “falta de preparo para a preceptoria” quanto a categoria “dificuldades no campo de atuação” giraram em torno das novas atribuições, que, segundo as profissionais, as sobrecarregam e foram resultado de um processo não legítimo de mudanças no campo profissional, que vieram no bojo das transformações ocorridas no campo de atuação. Ademais, verifica-se uma tentativa de desqualificar a legitimidade do processo quando as entrevistadas frisam a verticalidade deste.

Em avaliação realizada na Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (RS), foi ressaltada a importância da inserção da residência nos serviços como uma estratégia de desestabilização das práticas cristalizadas nas equipes e a necessidade de abertura para o novo, com a busca de capacitação por parte dos profissionais que realizam a preceptoria. Ao mesmo tempo, o grupo de

preceptores percebe a si mesmo, em alguns momentos, sem a qualificação necessária para as atividades de pesquisa, considerando que a maior parte do grupo é formada por especialistas com muita experiência na assistência, mas pouca em atividades de ensino e pesquisa (FAJARDO *et al.*, 2010). Essa mesma realidade pôde ser constatada no HC/UFG, confirmado pelos depoimentos a seguir transcritos:

[...] As dificuldades, na verdade, foram quando eu me formei... não existia a residência no Serviço Social. Então não fui preparada pra ser preceptora. (P2)

[...] Uma dificuldade é que nós não sabíamos direito o que é ser preceptor, porque aqui não tem a preceptoria. A gente tem estagiário e nunca chamou de preceptor, sempre chamou de supervisor de estágio. Então é um papel diferenciado, essa é a primeira coisa. A outra dificuldade é que a formação do profissional do Serviço Social não inclui essa questão da educação. Nós vemos educação com grupos, mas muito pouco. Então essa é uma dificuldade, nós não temos instrumental teórico e prático para fazer atividade de educação. Algumas têm especialização, outras não têm. Então essa foi uma dificuldade. (P5)

5.1.6.3 Subcategoria Falta de infraestrutura: recursos humanos e materiais

Outra dificuldade apontada pelas entrevistadas no desempenho e implementação da residência foi a falta de profissionais suficientes para acompanhar as residentes. Se médicos e enfermeiros tendem a trabalhar nos hospitais em regime de plantão, isso não acontece com o conjunto de profissionais de saúde. Como contemplar a residência se não há preceptores para cobrir as sessenta horas semanais do residente? Os depoimentos de P3 e P4 são exemplos desta realidade:

[...] Também a falta de profissionais, que eu penso que, a própria instituição ela enfrenta isso, a falta de profissionais para cobrir todas as áreas necessárias, e é claro que isso vai rebater também na residência multiprofissional. (P3)

[...] Falta de espaço físico adequado, acarretando falta de privacidade para atendimento. Números de preceptores insuficientes em período integral. (P4)

Segundo o estudo realizado por Fajardo (2011, p. 138), é preciso relacionar os aspectos que contribuem para a insatisfação com a qualidade da atuação na preceptoria, que são a inexperiência com o ensino e as limitações de infraestrutura, bem como a multiplicidade de tarefas em assistência e ensino, que obstaculizam seu pleno desempenho.

A subcategoria relacionada à concepção de ensino tradicional, caracteriza-se por se preocupar mais com a variedade e quantidade de noções, conceitos e informações do que com a própria formação reflexiva do aluno (BARCELLOS, 2010). É o que Freire (1970) denomina de educação bancária, método educativo que estimula a contradição e é concebido de maneira hierarquizada, entendendo o residente apenas como receptor de conteúdo, sem conceder-lhe um papel ativo na construção do conhecimento, como apresentado no depoimento a seguir:

[...] No primeiro grupo de residentes, a gente tratou as residentes enquanto profissionais da Seção. Nós não diferenciamos elas enquanto residentes. Então essa foi uma dificuldade. Porque aí, se ele está como um profissional da Seção, ele age como um profissional da Seção. E isso não coube mais a gente corrigir isso no caminho. Quando a gente percebeu, o grupo percebeu o quê que estava acontecendo e de repente as residentes estavam dirigindo o processo educativo. E é o contrário, é nós que temos que dirigir o processo educativo. Compartilhado, compartilhado... mas quem tem que saber o que é para fazer e o que é a prática aqui, somos nós, preceptores da prática. Então, quem construiu essa prática de 45 anos, foram as assistentes sociais do HC, não foram as residentes não. Então eles estão aqui para aprender o que nós construímos. Então essa foi uma dificuldade no primeiro grupo, que eu acho que a gente superou, assim, tá superando. Mas hoje os residentes têm um outro papel, ninguém acha que eles são colegas de serviço não, todo mundo sabe que eles são residentes. (P5)

O presente trabalho tem resultado semelhante ao apresentado por Fajardo (2011, p. 46), cujo relato mostra que muitos preceptores do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), facilitadores do processo de ensino/aprendizagem e que também trabalham na assistência à saúde, resistem à possibilidade de ruptura com o modo tradicional pelo qual aprenderam a ensinar e a aprender, em deslocar-se do lugar de propriedade da prática ao de interrogação e compartilhamento exigido em uma condição pedagógica construcionista. Os preceptores têm em sua memória o que e como aprenderam na escola e atualizam esta memória com o que se faz no local de trabalho. Além da concepção de ensino tradicional verifica-se a falta de clareza do

preceptor quanto ao seu papel, resultante da falta de preparação pedagógica para a preceptoria.

5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM AS ASSISTENTES SOCIAIS EGRESSAS DO PRMS

Em relação à análise dos dados das assistentes sociais egressas da RMS, se apresenta, inicialmente, a caracterização das entrevistadas, doze residentes, relacionando idade, procedência, ano de conclusão da graduação, instituição formadora da RMS, cenário de prática, experiência no Sistema Único de Saúde anterior a RMS e local de trabalho após a Residência. Na sequência se analisam as categorias temáticas.

5.2.1 Caracterização das participantes

De acordo com a Tabela 3, referente à idade das residentes, a concentração maior está na faixa entre 20 e 30 anos. A maioria reside em Goiânia, mas a residência alcançou outros estados. A maioria terminou a graduação entre 2010 e 2011, o que reforça a RMS como polo catalisador da política de educação permanente. A instituição formadora com maior número de residentes é a PUC-GO, por ser a única, em Goiás, com curso de graduação em Serviço Social. A UFG criou a faculdade de Serviço Social em 27 de junho de 2008 e até 2012 não havia turma de graduação concluída. O local que mais recebeu residentes no Hospital das Clínicas foi a área de urgência e emergência – metade delas.

Em relação ao desenvolvimento de atividades no SUS anteriormente a RMS, têm-se três residentes que atuaram como estagiárias na graduação e uma como profissional de saúde. Uma trabalhou em uma organização não governamental. As outras duas experiências foram: uma residente trabalhou em Clínica de Hemodiálise e a outra em instituições distintas (Sesc e Correios).

Quanto ao local de trabalho atual, 67% das assistentes sociais egressas da RMS trabalham na área da Saúde por meio de concurso público, duas não estão

trabalhando e as outras duas trabalham, respectivamente, na Saneamento de Goiás S/A (Saneago) e no Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo). Percebe-se, pelos dados, a contribuição da RMS quanto ao preparo para o trabalho na saúde, o que confirma a informação de Bravo (1996) de que, historicamente, a saúde tem sido o maior empregador de assistentes sociais.

Tabela 3 – Caracterização das assistentes sociais egressas da RMS (N=12).

Características	Variáveis	Frequência	%
Idade	20 – 30	6	50
	30 – 40	4	33
	40 – 50	2	17
Total		12	100
Procedência	Goiânia	9	75
	Interior	1	8
	Outros Estados (MG, TO)	2	17
Total		12	100
Ano de Conclusão da Graduação	1989	1	8
	2008 – 2009	4	33
	2010 – 2011	7	59
Total		12	100
Instituição formadora	PUC-GO	10	84
	FIESC (Faculdade Integrada de Colinas)	1	8
	UEMG	1	8
Total		12	100
Início de formação na RMS	2010	2	17
	2011	4	33
	2012	6	50
Total		12	100
Cenário de Prática	Hematologia/Hemoterapia	1	8
	Materno Infantil	3	25
	Terapia Intensiva	2	17
	Urgência e Emergência	6	50
Total		12	100
Experiência no SUS anterior a RMS	Com experiência	4	33
	Sem experiência	5	42
	Outras experiências	3	25
Total		12	100
Local de trabalho após a RMS	SUS	8	67
	Não Trabalha	2	17
	Ipasgo	1	8
	Saneago	1	8
Total		12	100

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise de conteúdo das entrevistas com as residentes egressas resultaram em quarenta e nove unidades de análises temáticas (uats) que resultaram nas seguintes categorias e subcategorias: a categoria atuação profissional deu origem a subcategoria conhecimento dos parâmetros; a categoria contribuição da RMS na formação profissional do residente deu origem as subcategorias valorização profissional, pensar a prática e relacionar teoria e prática; a categoria competência para o trabalho no SUS deu origem as subcategorias trabalho em equipe multiprofissional, mobilização e conscientização, conhecer o SUS; a categoria relação interpessoal; a categoria dificuldades no campo de atuação originando as subcategorias relacionamentos interpessoais, sobrecarga horária e falta de preparo na graduação. Conforme pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição percentual das categorias temáticas relacionadas ao PRMS na percepção das assistentes sociais egressas (49 unidades de análises temáticas – uats)

CATEGORIA-SUBCATEGORIA	DEFINIÇÕES	%
Atuação profissional Conhecimento dos parâmetros	Percepção das residentes quanto ao desempenho das Assistentes Sociais efetivas do HC, tendo como referência os “Parâmetros”.	24,5
Contribuição da RMS na Formação Profissional do Residente Valorização profissional Pensar a prática Relação teoria e prática	Conhecer do residente o que é relevante na RMS e contribuiu para sua formação profissional.	26,0
Competência para o trabalho no SUS Trabalho em equipe multiprofissional Mobilização e Conscientização Conhecer o SUS	Competência e habilidade do Assistente Social que o residente julga necessária para o desenvolvimento de sua prática no SUS.	24,5
Relação interprofissional	Percepção sobre a relação do Serviço Social com os demais profissionais de saúde	
Dificuldades no campo de atuação Relacionamentos interpessoais Sobrecarga horária Falta de preparo na graduação	Dificuldades percebidas pelas residentes em sua atuação na RMS.	24,5
Total		100

5.2.2 CATEGORIA Atuação Profissional

Buscou-se saber, das residentes, se as Assistentes Sociais efetivas do HC pautam sua atuação pelo documento intitulado “Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde”, cujo conteúdo foi exposto no referencial teórico.

As respostas das entrevistadas foram diversificadas. Algumas delas disseram que as assistentes sociais, inclusive as do HC, não pautam sua atuação profissional por este documento, como o desconhecem. No entanto, conforme o depoimento a seguir, uma entrevistada opina que a atuação das profissionais do HC está na vanguarda das profissionais de outras instituições:

[...] Em relação aos parâmetros eu acho que a gente tem muito ainda a percorrer. Porém, em relação aos outros campos de trabalho o que a gente percebe, após estar dentro do hospital das clínicas... é que estamos muito à frente das outras instituições. Mas, uma das questões principais, seria mesmo, a busca em relação a esses parâmetros. Porque muitos profissionais desconhecem. (E1)

Outra entrevistada explica que a atuação profissional do Assistente Social do HC tende a melhorar pelo diferencial da implantação da RMS. Confira seu depoimento:

[...] Atualmente, depois que eu saí da residência, eu acho que é uma atuação boa. E, uma atuação que visa sempre melhorar. Eu acho que é o diferencial, inclusive que a residência trouxe para os profissionais daqui. Eu acho que é um profissional que tende sempre a melhorar, e não se acomoda muito. Que luta muito, pelo menos, pela efetivação da profissão. (E11)

O relato desta residente confirma o exposto por Mendes (2013, p. 95), para quem a residência deve ser entendida, em sua potencialidade, como um meio para repensar práticas profissionais cristalizadas e provocar uma reflexão sobre a forma como os serviços estão estruturados, propondo mudanças, inovações.

5.2.3 CATEGORIA Contribuição da RMS na Formação Profissional do Residente

De acordo com Barros (2010), a formação profissional é o conjunto de atividades que visam a busca de conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos necessários ao exercício profissional.

A formação profissional deve ser entendida como uma formação interdisciplinar, orientada para o trabalho, que integra conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos. Deve ser pensada como educação permanente em saúde embasada em compromisso político, social e educacional (idem, p. 22-23). A residência, de acordo com essa autora (idem, p. 21), tem papel fundamental para a formação, dada a possibilidade de aliar teoria e prática e permitir reflexão crítica sobre a organização dos processos de trabalho em saúde.

A experiência da RMS na formação profissional do assistente social foi compreendida pelas residentes como eminentemente positiva, como se pode notar pelos depoimentos:

[...] Eu faço uma avaliação boa. Foi um aprendizado. Eu acho que nós amadurecemos, aprendemos trabalhar também. Tivemos aulas boas, relacionadas ao serviço social. No geral, eu considero que a formação (na RMS) contribuiu muito, para eu hoje atuar como assistente social no (local de trabalho). Ter passado no concurso”. (E5)

[...] Então quando você tá dentro desses dois anos, com essa carga horária de sessenta horas, com tudo que envolve, tá envolvido na residência no HC, assim, às vezes parece pesado, difícil e longo, mas quando termina, você vê o quanto que isso, que a residência ela te capacitou, te preparou para o mercado, te ensinou muitas coisas... não só do profissional, porque lá a gente sai residente em saúde, mas sai residente em relações pessoais, em conviver com as outras pessoas, em respeitar o espaço, a opinião do outro e muitas coisas. Não só no profissional, mas no pessoal também. E se hoje eu estou aqui no [local de trabalho], foi porque eu tinha experiência na área da saúde, que veio com a residência. Fiz a prova, tinha conhecimento, porque a gente vive isso o tempo inteiro, não só na prática mas com as aulas, com a teoria do Serviço Social. Tanto no Serviço Social como o eixo multi, que a gente tem, é discutir diversos temas que é da área da saúde. E eu acho que, [foi] uma experiência muito grande e muito boa. (E9)

Nesta categoria foram identificadas três subcategorias: valorização profissional; rodízio e pensar a prática.

5.2.3.1 Subcategoria Valorização profissional

Refere-se às falas das entrevistadas considerando que a residência contribui para a valorização profissional e a distinção no mercado de trabalho:

[...] Eu acho que foi interessante. Eu acho que a residência tem um peso, até maior para as pessoas que não passaram aqui, do que para as pessoas que passaram. Quando você fala que você fez uma residência, tem um peso grande, principalmente aqui na federal. É, pessoalmente foi um ganho, para você aprender a lidar com diversas situações e profissionalmente tem esse ganho. Tem um peso muito grande no seu currículo você ter feito uma residência. (E11)

[...] Eu tive um ganho muito alto na residência. Acho que eu sou hoje uma profissional 100% melhor, do que eu era ao entrar aqui. O aprendizado foi muito grande. Não em relação, somente em relação a minha profissão, mas saber o que as outras profissões fazem. Acho que isso é um ganho grande. E também é um ganho pessoal também. Não só profissional. Melhorou assim 100% meu currículo. Espero que abra portas para outros lugares. (E1)

5.2.3.2 Subcategoria Rodízio

Refere-se às possibilidades de os residentes vivenciarem e adquirirem experiências diversas na Rede Básica (MEC). Os residentes do HC/UFG têm a oportunidade de realizar rodízios: os do eixo materno-infantil em maternidades públicas; os da UTI nos Centro de Assistência Integrada em Saúde (CAIS); e os da Hematologia no Hemocentro.

Em relação à experiência profissional no rodízio, uma entrevistada considerou que a Rede básica não estava preparada para recebê-las, mas, no geral, foi uma experiência importante para o processo de aprendizagem na residência:

[...] Trabalhar, eu trabalhei no Cais [especificou dois locais em que trabalhou]. Foram dois meses o rodízio, só veio para somar mesmo, na experiência na área da saúde. Foi muito rica, e assim muito, desafiadora, porque no HC que é um hospital escola, às vezes a gente encontra alguma dificuldade. Na atenção básica essas dificuldades são ainda maiores. Falta de infra-estrutura, de profissional capacitado,

de atendimento humanizado. Dentre muitas outras coisas que a gente pode perceber na atenção básica. (E9)

5.2.3.3 Subcategoria Pensar a prática

As entrevistadas consideraram que a RMS contribuiu para pensar a prática, por contemplar aspectos que a formação acadêmica não lhes mostrara, capacitando-as para o exercício profissional, conforme depoimentos:

[...] Para minha formação foi boa, no sentido assim de adquirir experiência, que eu não tinha experiência profissional. Também me incentivou a questão de buscar mais, conhecer mais sobre as Leis, sobre a política, o que ela fala em si. Porque muitas vezes a gente se depara na realidade com coisas que não é aquilo que deveria ser. Assim, com coisas que não são cumpridas do jeito que deveria. Então quando a gente vê o erro, a gente corre atrás para ver o que é certo. Então colaborou nesse sentido também, da busca por mais conhecimento, para uma melhor atuação. (E12)

[...] Porque na verdade eu tentei aproveitar assim, o máximo possível daquilo que, que eu vivi aqui durante a residência. E eu acho que uma coisa boa da residência foi realmente, poder apresentar o que o assistente social desenvolve, porque muitas vezes as pessoas têm dificuldade de entender o contexto da atuação do assistente social dentro de uma equipe multi, de uma Unidade Hospitalar. Eu acho que a discussão de caso, foi de extrema importância porque era um momento que cada categoria trazia o seu olhar sobre aquele estudo de caso e a gente podia levar uma resposta melhor para o usuário e respeitar e entender o trabalho do outro. (E3)

A maioria considerou a importância da RMS em sua formação profissional, porém, uma entrevistada especificou a imediatividade do trabalho profissional:

[...] Apesar da imediatividade do trabalho, a gente consegue ter uma clareza na hora da atuação. Parar para analisar aquela situação e poder dar uma resposta ao que está se apresentando. É uma experiência muito válida sim, apesar de muitos pontos a serem ainda sanados, melhorados. É uma prática tanto profissional quanto pessoal que dá um crescimento sim, pra pessoa em todos os ângulos, por toda a pressão que existe na Saúde. Por toda a pressão que existe no Serviço Social. Então é um ganho muito grande. Eu avalio como positivo. (E2)

Coelho (2012) apresenta uma dimensão interessante a respeito da imediatividade da prática profissional:

Há determinados espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, como os serviços e programas vinculados à política de saúde, de assistência social e de habilitação, por exemplo, em que o ritmo e a regularidade das atividades, em decorrência das contradições sociais, são intensos. Nessas condições, o atendimento emergencial absorve toda a jornada de trabalho, e os profissionais não dispõem de tempo para a indagação acerca da realidade e da própria prática profissional. Para responder às múltiplas exigências do cotidiano, os assistentes sociais passam a agir espontaneamente, cumprindo rotinas que os conduzem a moverem-se mecanicamente, automaticamente, sempre no âmbito da singularidade. Nessas condições, os profissionais apreendem apenas a aparência da realidade por meio da imediaticidade. (p. 139)

Essa autora cita Hegel (2001) dizendo que a consciência da vida cotidiana fica satisfeita quando atinge um ponto de repouso já conhecido, sendo necessário romper esse ponto de repouso. Para algumas assistentes sociais, esse ponto de repouso é encontrado pela consciência que se satisfaz com a reprodução das relações sociais vigentes. Em contrapartida, há um segmento de profissionais que ultrapassa esse ponto de repouso, e para eles, a consciência movimenta-se buscando superar a imediaticidade, possibilitando a superação do imediato.

Vasconcelos (2011, p.32) assim se posiciona em relação à imediaticidade do trabalho profissional:

Desse modo, o trabalho realizado pelos assistentes sociais resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou das demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde/instituição e o desenvolvimento das ações dos diferentes profissionais em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, na direção de seus interesses e necessidades, ainda que, em muitos “casos”, suas ações repercutam, na sua imediaticidade, favoravelmente aos usuários, principalmente no que tange ao alívio das tensões.

Foram apresentadas diferentes concepções sobre imediaticidade, mas constatou-se pelo depoimento da entrevistada, que mesmo sendo as ações do assistente social pautadas na imediaticidade, isso não é impedimento para refletir a prática e para que sua atuação favoreça o usuário.

5.2.3.4 Subcategoria Relação teoria e prática

Segmentos no interior de profissões eminentemente interventivas, como é o Serviço Social, tendem a questionar a relação teoria e prática, sempre argumentando

que a primeira não encontra uma aplicação prática, ou que a prática independe da teoria. No caso das residentes entrevistadas, não foi encontrado dificuldades em relacionar teoria e prática devido ao fato de a própria residência facilitar essa relação:

[...] Acredito que, depois da residência, é mais fácil conseguir fazer essa relação, até porque pelo fato da gente estar na residência, a gente está vendo a teoria e já tentando trazer isso para prática. (E1)

[...] No início foi mais difícil. Mas hoje eu acho que é mais tranquilo. Já consigo ver essa ponte entre teoria e prática. Acho que realmente, quando você vai tratar com o usuário, quando você tem embasamento teórico, você consegue ter uma intervenção melhor. E antes a gente via assim, no início você tem uma dificuldade, você acha que tem uma dicotomia. É diferente [não consegue estabelecer essa relação], não consigo ver isso aqui na ação com o usuário. Mas de tudo que ele necessita do Serviço Social, se você não tiver um bom embasamento teórico, você não consegue fazer uma intervenção qualificada. (E8)

Favarão e Araújo (2004) sustentam que a sociedade atual exige que a universidade não somente capacite os acadêmicos para futuras habilitações nas especializações tradicionais, mas que tenha em vista a formação deles, para desenvolver suas competências e habilidades em função de novos saberes que se produzem e que exigem um novo tipo de profissional, sem dissociar a teoria da prática. Estes novos saberes dizem respeito, principalmente, à capacidade de trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade e conhecer as contribuições de outras categorias profissionais.

5.2.4 CATEGORIA Competência para o trabalho no SUS

Perrenoud (2002 p.19) define competência como

A aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010) os profissionais de saúde devem possuir competências para responder às necessidades e às demandas de saúde da população em situações concretas. As competências desenvolvidas pelos assistentes

sociais em suas ações interventivas correspondem ao explanado pelos autores, conforme depoimentos:

[...] Tem que ter um conhecimento, não só da área profissional como do funcionamento do SUS, como um todo.... Tem que ser um profissional que sabe atuar em equipe multidisciplinar, um profissional crítico, tem que ser um profissional que está em constante atualização e capacitação. (E7)

[...] Cabe ao assistente social trabalhar muito com orientação e os encaminhamentos, principalmente relacionados a rede. Então nós procuramos atender, orientar, encaminhar. Então precisa do conhecimento técnico. Conhecimento do Sistema Único de Saúde, da Política de Saúde. Então nós temos esse conhecimento, conseguimos orientar o paciente sobre esses direitos e conseguimos encaminhar e tentar articular a rede, pra poder efetivar o direito a saúde integral. Esse é o trabalho do assistente social. (E 5)

Dessa categoria originaram-se três subcategorias: trabalho em equipe multiprofissional, mobilização e conscientização e conhecer o SUS.

5.2.4.1 Subcategoria Trabalho em equipe multiprofissional

Diz respeito à maneira como as residentes percebem o trabalho em equipe multiprofissional. A concepção de trabalho em equipe, segundo Witt (2005), assume a forma de uma competência mais gerencial dos profissionais da saúde, pela qual se pode organizar o processo de trabalho das equipes de saúde de forma articulada, em uma perspectiva interdisciplinar.

Peduzzi (2001) conceitua 'trabalho em equipe' multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo construída pela relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

Nesta subcategoria, as residentes consideraram o trabalho em equipe multiprofissional de forma positiva, conforme depoimento:

Acredito que sim, porque eu tenho facilidade de trabalhar em grupo e porque na residência a gente teve um bom aprendizado com relação a isso. O que é equipe multiprofissional, como é desenvolvido o trabalho. Qual é o limite de cada profissão, qual é a atribuição, as possibilidades para trabalhar em grupo. Então eu acho que eu estou bem preparada nesse sentido. (E8)

A experiência da residência, ela foi muito grande, a gente tem contato com todos os profissionais. A gente ganhou um respeito muito grande, uma visibilidade, a gente consegue entender o sentido da nossa atuação, respeitar a atuação dos colegas e impor quando necessário. Com a experiência do HC acho que posso atuar em qualquer outro hospital, em qualquer outra instituição, que para mim não vai ter muita dificuldade não. (E4)

Schraiber e Peduzzi (2004 *apud* SCHERER, 2006, p. 65) explicam que, ao estudarem o trabalho da equipe de saúde, consideraram a interdisciplinaridade e a ação multiprofissional como duas faces desse mesmo trabalho, e a interdisciplinaridade como insuficiente no encaminhamento da problemática da equipe multiprofissional de saúde. As autoras entendem que “a ação multiprofissional diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e que a interdisciplinaridade refere-se à integração das várias disciplinas científicas, no âmbito da pesquisa e do ensino”. Ademais, acreditam que uma prática multiprofissional só pode ser decorrente de uma interdisciplinaridade se houver integração no plano das ações e interação entre os profissionais.

5.2.4.2 Subcategoria Mobilização e Conscientização

Refere-se à capacidade de despertar no usuário a consciência de seus direitos. A conscientização consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, implica que se ultrapasse a esfera espontânea de apreensão da realidade para chegar a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. A conscientização não pode existir fora de práxis, ou melhor, sem o ato de ação-reflexão (FREIRE, 1979). Uma das entrevistadas considera que, na atuação profissional, o Assistente Social deve ser atuante e procurar desenvolver estas atribuições, como se observa no depoimento:

[...] O assistente social, tem um poder e tem que exercer mais esse poder de mobilização e de conscientização, para que o usuário se enxergue no Sistema Único de Saúde e consiga lutar inclusive pela sua efetivação. Porque só o profissional lutar pela efetivação não adianta. O usuário é o fator mais importante para que ele seja efetivado. (E11)

Conforme Abreu e Cardoso (2009), as práticas de mobilização social e organização são expressões das práticas educativas desenvolvidas pelas classes sociais na busca da ampliação de consenso em torno de seus projetos societários, na disputa pela hegemonia. Não são práticas exclusivas do Assistente Social, mas constitutivas da profissão e que perpassam todo seu corpo teórico-prático, corpo este tensionado pelos distintos projetos de classes. Esta subcategoria faz parte de um dos eixos do documento intitulado “Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde”.

5.4.2.3 Subcategoria Conhecer o SUS

Refere-se aos conhecimentos sobre o SUS que os profissionais da área de saúde precisam ter para exercer a prática profissional com qualidade. Deve-se procurar articular as ações profissionais às diretrizes do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. Parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para a democratização e o compartilhamento da gestão do Sistema de Saúde (NORONHA *et al.*, 2011, p. 435). Assim, conhecer o SUS é uma das competências necessárias ao Assistente Social, de acordo com as falas das residentes:

[...] Então nós procuramos atender, orientar, encaminhar. Então precisa do conhecimento técnico. Conhecimento do Sistema Único de Saúde, da Política de Saúde. Então nós temos esse conhecimento, conseguimos orientar o paciente sobre esses direitos e conseguimos encaminhar e tentar articular a rede, pra poder efetivar o direito a saúde integral. Esse é o trabalho do assistente social. (E5)

[...] Primeiro, o conhecimento, ter um maior conhecimento do que é Sistema Único de Saúde. Conhecer melhor essa política. Se especializar, se atualizar... porque a sociedade ela vem mudando com uma velocidade muito grande. O Sistema Único de Saúde, ele tá exigindo essa atualização, então eu penso que seria essa atualização profissional mesmo, conhecimento da política pra poder atuar. (E2)

5.4.3 CATEGORIA Relação interprofissional

Refere-se à percepção que as residentes têm a respeito da relação do Serviço Social com os demais profissionais que fazem parte da equipe. Apesar da majoritária opinião positiva sobre a experiência da residência e da preparação que ela propicia para a formação, houve comentários críticos e avaliações negativas a respeito da relação interprofissional, como destaca o depoimento:

[...] Na residência eu vejo esse trabalho (interprofissional) com mais clareza, por causa de toda a dinâmica que tem a residência e sabendo que é forçado esse relacionamento. Fora daqui, eu vejo muito pouco. Acho que é um profissional que meio que se isola e é isolado também por outros profissionais, muitas vezes. (E11)

Reitera-se que a crítica não é à residência ou à interprofissionalidade, mas à realidade do Assistente Social fora da RMS. Observam as entrevistadas que o Serviço Social é isolado e subordinado a outras profissões do cotidiano hospitalar do HC/UFG, conforme apresenta outro depoimento:

[...] Eu percebo ainda o Serviço Social muito subordinado. E muitas vezes muito, não sei se a palavra é desmerecido. Mas assim, todo profissional, ele requer o assistente social, mas... pelo assistente social às vezes não ter clareza sobre as suas atribuições e o outro também não ter, acaba que o assistente social ele desenvolve atividades e funções que não são da área deles, assim, que não é da nossa área, porque, o pessoal, acha que todo problema que tem dentro de uma Unidade, dentro de um serviço. Ninguém resolveu, vai para o assistente social. Então assim, é um profissional muito requisitado, mas que as competências dele ainda eu acho que não são plenamente desenvolvidas. Às vezes a gente faz coisa que são de outras áreas, é de um administrativo e as coisas inerentes mesmo à profissão a gente não faz. (E7)

5.4.4 CATEGORIA Dificuldades no Campo de atuação

5.4.4.1 Subcategoria Relações interpessoais

Diz respeito aos problemas de relacionamentos interpessoais no âmbito da residência. Conforme Del Prette e Del Prette (2001), os profissionais de saúde utilizam, frequentemente, as relações interpessoais como instrumento de trabalho e

são particularmente exigidos a desenvolver habilidades sociais para subsidiar processos de interação. As habilidades sociais podem ser definidas como o conjunto de capacidades comportamentais aprendidas e apresentadas pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal, incluindo as capacidades de comunicação, resolução de problemas, cooperação, empatia e assertividade.

O conflito existe e é inerente às relações sociais, estando presente o tempo todo nos diversos aspectos da vida, sejam familiares, sociais e/ou organizacionais (SPAGNOL e L'ABBATE, 2006, p. 822). De acordo com essas autoras, as situações de conflito contêm valor positivo quando utilizadas como impulsionadoras do crescimento pessoal e organizacional, da inovação, bem como da produtividade, funcionando como fator desencadeante de mudanças pessoais, grupais e organizacionais; mas, se os conflitos não forem conduzidos adequadamente, podem tornar-se prejudiciais à organização do trabalho, interferindo de forma negativa na motivação e no rendimento dos trabalhadores.

O Serviço Social do HC/UFG não conseguiu mediar esses conflitos, segundo relato das entrevistadas:

[...] Tive dificuldade com a prática profissional, com alguns relacionamentos interpessoais, envolvendo a prática do Serviço Social na saúde. Nem todos os profissionais estavam abertos para poder estar discutindo a prática profissional, então isso gerava uma dificuldade também no relacionamento interpessoal. (E5)

[...] a relação com a nossa Seção que não foi uma relação muito tranquila, assim, teve alguns conflitos pessoais, profissionais. (E9)

5.4.4.2 Subcategoria Sobrecarga horária

Refere-se às reclamações feitas pelas entrevistadas a respeito da carga horária da residência, com sessenta horas semanais. Pelos depoimentos, percebe-se que a carga horária exigida na residência incomodou muito, contribuindo para torná-la negativa:

[...] eu acho que a carga horária é uma das coisas assim, que mais extrapola, eu acho que ela chega a ser desumana essas sessenta horas. Eu acho que a gente acaba não tendo no final da residência uma qualidade de vida adequada, até mesmo para desenvolver um trabalho melhor, para fazer uma análise melhor, para construir um

projeto de pesquisa. Porque realmente, suga muito a gente essa questão dessas sessenta horas. (E4)

O estudo realizado por Bourget *et al.* (2006) confirma os resultados deste estudo de que a carga horária de sessenta horas mostrou-se excessiva para a maioria das categorias, mas:

[...] as dificuldades que eu enfrentei, primeiro é a carga horária, todo residente tem uma certa reclamação em relação a carga horária, mas isso não depende do Hospital das Clínicas. Ela já vem determinada pelo MEC, pela Lei que foi instituída a residência multiprofissional. (E10)

5.4.4.3 Subcategoria Falta de preparo na graduação

Refere-se a não preparação, no período da graduação, das residentes para atuarem na saúde. As entrevistadas acentuaram que em sua formação na graduação tiveram uma preparação eminentemente teórica, com deficiências nos aspectos de políticas públicas e, especificamente, políticas públicas de saúde.

[...] Nenhum preparo. Acho que é uma profissão, é uma graduação muito voltada pra teoria. Eu acho que é por isso que tem muito atrito entre o profissional que tá atuando e com o residente que acaba de sair da Universidade, porque é uma profissão, é uma graduação voltada pra teoria, pra prática nenhuma. Nem pro SUS e nem pra assistência e nem para qualquer outro tipo de lugar. Mesmo tendo estágio. (E11)

[...] Na acadêmica não, eu acho que ficou muito a desejar. Na academia eu não tive mesmo, eu acho que a grade curricular ela tinha até mesmo que ser revista porque eu acho que fica muito a desejar. A gente chega na atuação, a gente tem muita dificuldade, é uma distância muito grande. As discussões na academia são muito vagas, então eu acho que a gente tinha que ter acesso a estágios que nos fornecessem uma qualificação melhor, e isso não acontece na academia. [E3]

Conforme Fernandes (2009), “a teoria e a prática são confrontadas no cotidiano profissional, assim como são questionados os saberes adquiridos durante o processo de formação”. Ademais, “[é] necessário ter clareza de que tem uma dimensão teórica mas não é só teórico; tem uma dimensão prática, mas que não é apenas prático; tem uma dimensão experiencial, mas que não é unicamente produto da experiência” (NÓVOA, 2002, p. 27).

Os dados do estudo apresentam resultados semelhantes ao realizado por Fajardo (2011) em relação ao perfil do recém-egresso da universidade, que procura a Residência Multiprofissional e que, amiúde, expõe a fragilidade da universidade ao preparar os estudantes para atuarem na realidade profissional com apropriação, conforme depoimento de uma entrevistada do trabalho de Fajardo: “Mas até que ponto quem, teoricamente, é responsável pela formação na academia tem essa autocrítica em relação à formação que eles estão fazendo? Porque há uma desvinculação total da realidade” (GF1).

Percebe-se que a falta de preparo na graduação acontece em diferentes realidades, havendo um consenso em relação aos depoimentos das entrevistadas de não haver sintonia entre a teoria ensinada e a realidade nos campos profissionais.

6 CONCLUSÃO

Ao concluir este estudo fica a sensação de ter dado um passo para contribuir para a reflexão quanto a inserção dos Assistentes Sociais do HC/UFG (preceptores e ex-residentes) no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

A residência visa o aprimoramento do profissional e envolve trabalho interdisciplinar na formação do residente e educação permanente para os trabalhadores da saúde, no caso as preceptoras. Em relação aos objetivos, verificou-se que eles foram alcançados plenamente, conforme exposto nos resultados da análise de dados de preceptores e ex-residentes.

O Assistente Social, segundo as preceptoras, é um profissional que faz a integralidade funcionar na saúde. Resolve demandas em inúmeras frentes de trabalho pela precariedade do SUS e tem uma concepção ampliada de saúde. Ademais, norteia suas ações pelo documento intitulado “Parâmetros de Atuação do Assistente Social na política de Saúde” e pelo código de ética da categoria.

Na relação interprofissional, como ainda é um campo em formação, há diversidade nas respostas: primeiro, há um descontentamento na forma como essa relação se estabelece na prática, em que o Assistente Social é um profissional sobrecarregado com funções (algumas) determinadas institucionalmente mas que, muitas vezes, não são próprias de seu fazer profissional ; segundo, por ser um campo novo nem mesmo os próprios profissionais conseguem caracterizar essa relação de forma precisa.

As dificuldades consideradas pelas preceptoras dizem respeito à implantação, por não terem recebido preparação prévia para desempenhar esta função. Ainda, a profissão está sujeita a alterações abruptas impostas por superiores hierárquicos, há falta de profissionais suficientes para acompanhar as residentes e, por fim, concepção de ensino tradicional, entendendo-se o residente como receptor de conteúdo, não tendo papel ativo na construção do conhecimento.

Em relação à atuação profissional dos preceptores, as ex-residentes consideram que elas, na prática, desconhecem o documento intitulado “Parâmetros de Atuação do Assistente Social para a Política da Saúde”.

Valorização profissional, rodízio, pensar a prática e relacionar teoria e prática são as contribuições da RMS na formação das ex-residentes.

As competências necessárias para o trabalho do SUS, na percepção das ex-residentes, são: trabalho em equipe multiprofissional, mobilização e conscientização e conhecer o SUS.

Apesar da majoritária opinião positiva sobre a experiência da residência e da preparação que ela propicia para a formação, houve comentários críticos e negativos a respeito da relação interprofissional. A crítica não é à residência ou a interprofissionalidade, mas à realidade profissional do Serviço Social fora da RMS. As ex-residentes consideram o serviço social isolado e subordinado a outras profissões no cotidiano hospitalar do HC.

As dificuldades referentes ao campo de atuação, na visão das ex-residentes, referem-se aos relacionamentos interpessoais, sobrecarga horária e falta de preparo na graduação para atuarem na área da saúde.

Considera-se que a presença do residente na equipe de saúde pode promover avanços na forma de pensar a atenção em saúde, bem como dar movimento às estruturas formais solidificadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa me surpreendeu pelos resultados, inicialmente devido à grande insatisfação dos preceptores pela forma como foi implantada a RMS no HC, e, por perceber que a relação interprofissional apresenta-se como um campo ainda em formação. A isso talvez se deva a dificuldade das preceptoras em tratar do tema ou dar características precisas acerca da interprofissionalidade.

Conforme falas das participantes, é possível constatar que a experiência profissional é um importante fator para o desempenho da preceptoria, mas é necessário buscar atualização teórica por meio de um processo pedagógico que leve em conta a educação permanente direcionada aos profissionais da área de saúde. Resta saber se a interferência no modelo educacional por meio da educação permanente vai contribuir para uma melhor atuação do profissional ou se restringir à estruturação da rede de serviço público pela oferta de um campo de trabalho precarizado.

Esta pesquisa buscou saber como está a prática do Assistente Social na RMS e sua preparação para o trabalho no SUS. Ao encerrar as considerações, propõe-se repensar a preceptoria para que haja mais entrosamento entre preceptor e residente por meio de uma capacitação ou curso, com dinâmicas que possibilitem o fortalecimento de laços profissionais e afetivos de todos os envolvidos.

Merece destaque informar que o Curso de Capacitação para preceptores está em andamento, bem como um curso de *Coaching* para os residentes do Serviço Social. De fato, a realidade é dinâmica. Espera-se que este trabalho contribua para o aprimoramento da formação profissional do residente e para a reflexão do caminhar do Assistente Social do HC. Pretende-se, também, disponibilizar os resultados aos profissionais que vierem a se interessar por este tema.

Considera-se que a presença do residente na equipe de saúde pode promover avanços na forma de pensar a atenção em saúde, bem como dar movimento às estruturas formais solidificadas. Por isso, termino este estudo citando Bertold Brecht, no poema “Elogio do Revolucionário”: “*Ali onde todos calam, ele fala*”.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. **Diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro. 1996.

ABREU, M. M.; CARDOSO, F. G. Mobilização social e práticas educativas. In: ABEPSS; CFESS (Org.) **Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, UnB, 2009. p. 593-608.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

BARCELLOS, D. D. **Análise das concepções de ensino-aprendizagem de alguns licenciandos de uma Universidade particular de São Paulo, SP**. 2010. 78f. (Monografia) – Curso de Ciências Biológicas, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

BARROCO, M.L.S.; TERRA, S.H. **Código de ética do assistente social comentado**. CFESS – Conselho Federal de Serviço Social (Org.) São Paulo: Cortez, 2013.

BARROS, M. C. N. **O papel do preceptor na residência multiprofissional - Experiência do Serviço Social**. 2010. 43f. (Monografia) – Especialização em práticas pedagógicas para educação em serviços de saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Ltda., 2013.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978.

BOURGET, M. M. M. *et al.* Residência multiprofissional em saúde da família: a experiência da faculdade e casa de saúde Santa Marcelina. In: BRASIL, M. S.; SGTS. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BOSI, M. L. M.; MARTINEZ, F. J. M. (Org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BOTTI, S.H.O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino.** 2009. Tese (Doutorado em Ciência na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. **Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.** Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/leg.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 21 mar. 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas.** Brasília, 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Projeto Reforsus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria 198/GM/MS 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 21 mar. 2014.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 26 mar. 2014.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/portaria_1077.pdf. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. **Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes gerais para os Programas de Residências Multiprofissionais e em Profissional de Saúde. Disponível em: http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/resolucao_n02_2012_abril.pdf. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____, Ministério da Educação (MEC). **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar dos HU's Federais**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. Coletânea Saúde e Serviço Social, 2004. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F. E. de. A desprecarização é urgente. **Radis – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 8-10, jun. 2006.

CAMPOS, S. W. G. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1 e 2, jan.-dez. 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação, a ciência, sociedade e a cultura emergente**. 28. ed. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix Ltda, 1982.

CARDOSO, P. F. G. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil**. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

CARVALHO, B. G.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em saúde família. In: **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. (Org.). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 67-82.

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais. **Teorização do Serviço Social: Documentos Araxá, Teresópolis e Sumaré**. Rio de Janeiro: Agir, 1986.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. **Formação e educação em saúde:** aprendizados com a Saúde Coletiva. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf. Acesso em: 20 mar. 2014. 2011.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 20 mar. 2014.

COELHO, M. Imediaticidade na Prática Profissional do Assistente Social. Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, 2013.

CLOSS, T. T. Inserção do Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em atenção básica. 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.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social (Org.). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais (1). Brasília: CFESS, 2010.

_____. **Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS**. Brasília DF, 2013.

COREMU. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional do HC/UFG**. Goiânia, 2012.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

DANTAS, A. B. *et al.* **Serviço Social do Hospital das Clínicas:** trajetória de lutas. Texto mimeografado, (SN), [2010].

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL, 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: Ministério da Saúde, 2009.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais:** vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2001.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.(Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

FAJARDO, A. P. et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In: **Residência em Saúde – Fazer e Saber na formação em Saúde**. Porto Alegre, 2010.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAVARÃO, N. R. L; ARAÚJO, C. S. A. Importância da interdisciplinaridade no ensino superior. **Educere**, Umuarama, v. 4, n. 2, p.103-115, jul.-dez. 2004.

FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na formação de professores. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração**, v. 1, n. 1, p. 35, 2009.

_____. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**: efetividade ou ideologia. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FERNANDES, R. M. C. (Re)valorização da Educação permanente. In: Direitos éticos e Serviço Social. **Revista Social & Sociedade**, n. 99. São Paulo: Cortez Editora, jul.-set. 2009.

FEUERWERKER, L.. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2014.

FEUEWERKER, L.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que tem a ver com nossa vida? **Olho Mágico**, ano 5, n. 18, 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/home.htm>>. Acesso em: 5 maio 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1970. (Coleção O mundo hoje, v. 21)

_____. **Conscientização:** Teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Ed. Cortez & Moraes, 1979.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GONÇALVES, C. A.; HIGUCHI, P. **Interdisciplinaridade:** discurso ou realidade? Um estudo do cotidiano no Centro Jurídico Social. Franca: UNESP/FHDSS, 1998.

HEGEL, G. W. F. Fenomenologia do espírito. Petrópolis. Vozes, 2001.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS. **História do Hospital das Clínicas da UFG.** 2011. Disponível em: <http://www.hc.ufg.br/pages/24525-historia>. Acesso em: 22 abr. 2014.

IAMAMOTTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

JAPIASSÚ, H. Prefácio da primeira edição. In: FAZENDA, I. C. A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro:** efetividade ou ideologia. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

MACHADO, M. H. *et. al.* **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.

MATOS, M. C. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. (Org.). **Assessoria, consultoria e Serviço Social.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MARTINIANO, L. A. **Dimensões e limites da supervisão acadêmica de estágio em serviço social.** 2011. 184f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista, Franca (SP), 2011.

MATUDA, C.G. **Cooperação interprofissional:** percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP). Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MENDES, A. G. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Ed. Papel social, 2013. p. 183-199.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos técnicoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 65, p. 316-323, set.-dez. 2003.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

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

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2011.

_____. Transformação societária e Serviço Social – Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

NORONHA, J. C. *et al.* Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2011.

NÓVOA, A. **Formação de professores e trabalho pedagógico**. Lisboa: ed. Educa, 2002.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva**. 2004. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.** Washington: OPAS, 2002.

ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu.** São Paulo: ed. Ática, 1983. (Coleção Grandes cientistas sociais)

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção questões da nossa época; v. 17)

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, p. 103-109, 2001.

PERRENOUD, P.; THURLER, M. G. **As competências para ensinar no século XXI.** a formação dos professores e os desafios da avaliação. Porto Alegre. Artmed Editora, 2002.

PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface**, p. 173-182, fev. 1998.

QUEIROZ, T. L. A.; CAVALCANTE, P. S. **As contribuições do software AtlasTI para a análise de relatos de experiência escritos.** In: X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 2011, Seminários... Curitiba, p. 11775-11787.

RAMOS, A. S. *et al.* Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL, M. S.; SGTS. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANT’ANA, E. R. R. B. **A preceptoria em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos.** Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2014.

SARRETA, F. O. **Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade.** Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, L. B.; CAPAZ, R. Preceptorial: uma interface entre educação e saúde no SUS. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Ed. Papel social, 2013. p. 201-215.

SILVA, M. O. S. **Formação profissional do assistente social: inserção na realidade social e na dinâmica da profissão.** São Paulo: Cortez, 1984.

SINGER, P. **Uma utopia militante: repensando o socialismo.** Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

SPAGNOL, C. A. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus “nós”?** 2006. [Tese]. Campinas (SP):Universidade Estadual de Campinas; 2006.

SPAGNOL, C. A.; L'ABBATE, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 4, p. 822-827, out.-dez. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. F. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS, T. M.; BELLINI, M. I. B. **O Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.** V MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, 2010.

_____. Serviço Social e educação na saúde: considerações sobre a inserção do serviço social nos programas de residência multiprofissional em saúde. In: BELLINI, M. I. B.; CLOSS, T. T. (Org.). **Serviço Social, residência multiprofissional e pós-graduação.** Porto Alegre: EDPUCRS, 2012.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: Estudo bibliográfico. **Revista Latino-AM de enfermagem**, jul. 2003

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ANEXO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de formação dos residentes em serviço social do Hospital das Clínicas - UFG

Pesquisador: Heloísa Helena Rodrigues Dias

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22759313.7.0000.5078

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás - GO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 646.359

Data da Relatoria: 13/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda ao projeto de pesquisa em pauta com modificações devido aos prazos para a conclusão do Mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

Esta emenda ao projeto de pesquisa tem como objetivo: promover modificações no Projeto de Pesquisa devido aos prazos para a conclusão do Mestrado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente emenda propõe as seguintes modificações no projeto de pesquisa: 1) mudanças na população e no número de participantes pesquisados - os docentes não serão entrevistados. Serão entrevistados apenas preceptores e residentes perfazendo o total de 18 sujeitos de pesquisa.

2) modificações nos roteiros de entrevistas de preceptores e residentes.

3) objetivos que foram ajustados ao novo cenário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios desta emenda foram devidamente anexados e estão de acordo com a

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 646.359

resolução 466/12

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda ao projeto de pesquisa atende as recomendações da resolução 466/12 não apresentando nenhum óbice ético.

Diante do exposto entendemos que a emenda proposta deve ser aprovada e o projeto de pesquisa modificado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa proposto.

GOIANIA, 14 de Maio de 2014

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

Página 02 de 02

APÊNDICE 1

Roteiro de Entrevista: Preceptores do Serviço Social

Nome:	Idade:
Área de Concentração	
Vínculo institucional	
Tempo de serviço no HC/UFG	

1. Como você analisa a atuação dos profissionais de Serviço Social do HC/UFG pelos parâmetros do Serviço Social na Saúde?
2. Na perspectiva da formação profissional em Serviço Social, como você analisa a proposta da residência multiprofissional?
3. Discorra sobre as habilidades e competências necessárias às Assistentes Sociais para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).
4. Quais os limites, possibilidades e desafios que a residência multiprofissional do HC/UFG apresenta na perspectiva da formação profissional em Serviço Social?
5. Discorra sobre sua percepção do Serviço Social na relação Interprofissional.
6. Como foi o processo de tornar-se preceptora do Serviço Social na residência multiprofissional?
7. Descreva as principais dificuldades encontradas no processo de implantação do Serviço Social no programa de residência multiprofissional do HC/UFG?

APÊNDICE 3: TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada para participar como voluntária em uma pesquisa. Após ler este documento com atenção e ser esclarecido sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento. Você deverá assinar em duas vias, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável, Heloísa Helena Rodrigues Dias, assistente social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG). Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o orientador professor doutor Vardeli Alves de Moraes ou com a pesquisadora Heloísa Helena Rodrigues Dias, no seguinte endereço: 1a. Avenida s/n, setor Leste Universitário no Serviço Social da Clínica Médica ou nos telefones (62)3269-8255 ou (62)3269-8216. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 62 3269 8338 – 3269 8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar, de segunda-feira a sexta-feira das 7 às 17 horas.

A pesquisa intitulada “O processo de formação dos assistentes sociais no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – HC/UFG na visão dos docentes, discentes e preceptores”, desenvolvida pela assistente social pesquisadora acima citada, será a pessoa que também aplicará o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa tem por objetivo Identificar o processo de formação da residência multiprofissional na área de concentração em Serviço Social na visão dos docentes, discentes e preceptoria e analisar com os discentes em que a residência contribuiu para o exercício de sua prática profissional.

Sua participação será por meio de entrevista agendada, mediante formulação de perguntas previamente elaboradas. Qualquer pesquisa com seres humanos está sujeita a riscos, porém esta pesquisa tem a preocupação em não lhe causar danos,

riscos ou constrangimentos, mas você poderá pleitear indenização em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação.

As entrevistas serão gravadas e algumas referências poderão ser usadas na dissertação e possíveis publicações. Sua identificação será mantida em sigilo e, caso seja necessário, seu nome será substituído por pseudônimo para preservar sua identidade.

Não haverá pagamento ou gratificação financeira decorrente de sua participação na pesquisa, conforme Resolução nº 466/2012 MS/ CNS/CONEP. Ocorrendo algum gasto ou dano financeiro você será ressarcido pela pesquisadora.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para o avanço das reflexões tanto no ensino quanto no trabalho desenvolvido pelos profissionais de serviço social: na residência, no Hospital das Clínicas (HC), bem como em outras instituições de saúde.

Os dados coletados não serão utilizados em estudos futuros. Por fim, você pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto implique em punições.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____, Número do CRESS _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado A formação dos assistentes sociais nos Programas de Residências Multiprofissionais, sob a responsabilidade do professor doutor Vardeli Alves de Moraes, como sujeito voluntário. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Heloísa Helena Rodrigues Dias sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, _____/_____/2014

Nome e assinatura do participante: _____

Nome e assinatura da pesquisadora responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

