



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO SUPERIOR - POLEDUC**

GERUSA DO NASCIMENTO ROLIM

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO ESPAÇO
FORMATIVO E INTERDISCIPLINAR: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

FORTALEZA

2015

GERUSA DO NASCIMENTO ROLIM

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO ESPAÇO
FORMATIVO E INTERDISCIPLINAR: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Políticas Públicas e Gestão da Educação
Superior da Universidade Federal do Ceará
como requisito parcial para obtenção do título
de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eloísa Maia Vidal.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

R653r Rolim, Gersa do Nascimento.

A residência multiprofissional em saúde como espaço formativo e interdisciplinar : a experiência do serviço social em um hospital universitário público / Gersa do Nascimento Rolim. – 2015.
137 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Políticas públicas da educação superior.

Orientação: Profa. Dra. Eloísa Maia Vidal.

1. Residentes(Serviço social) – Fortaleza(CE) – Atitudes. 2. Assistentes sociais – Fortaleza(CE) – Atitudes. 3. Assistentes sociais – Treinamento – Fortaleza(CE). 4. Abordagem interdisciplinar do conhecimento – Fortaleza(CE). 5. Hospital Universitário Walter Cantídio. Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde. I. Título.

CDD 331.761361098131

GERUSA DO NASCIMENTO ROLIM

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO ESPAÇO
FORMATIVO E INTERDISCIPLINAR: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Políticas Públicas e Gestão da Educação
Superior da Universidade Federal do Ceará
como requisito parcial para obtenção do título
de mestre.

Aprovada em: 27 / 02 / 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Eloísa Maia Vidal (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dra. Maria do Socorro de Souza Rodrigues
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Lúcia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Aos meus pais, Joaquim e Ivanda; meu irmão, Jerônimo; e minha cunhada, Débora. Às minhas sobrinhas (filhas do coração), Maria Luiza e Marina, pela motivação para superar as dificuldades e pelo carinho nos momentos difíceis. À minha mãe do coração, Enedina (*In memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Parafraseando o Prof. Dr. Alberto, esta etapa da pesquisa suscita outra dissertação.

Quantos sujeitos participaram desta caminhada? Quantos momentos vivenciados e compartilhados? Por meio dos nomes aqui expressos, homenageio também aqueles não citados, sem os quais este momento não seria possível.

A Deus, pelas incontáveis bênçãos e por nunca desistir de mim.

Aos meus pais, Ivanda e Joaquim, pelo amor e pelo apoio incondicionais, presentes nas madrugadas, nos momentos em que não contive as lágrimas, e nas orações.

Ao meu irmão, Jerônimo, e à minha cunhada, Débora, pelo cuidado e pela logística.

Às minhas paixões, Luiza e Marina, pelos abraços, sorrisos e pela torcida para que eu concluísse a pesquisa e retornasse às nossas noites do pijama.

À Profa. Dra. Eloísa Maia Vidal, pela generosidade em me acolher e pela paciência diante das minhas incertezas e lutas pessoais. Enfim, conseguimos.

À Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira e à Profa. Dra. Maria do Socorro de Souza Rodrigues, por acolherem o convite e pelas valorosas contribuições na construção da pesquisa.

Às companheiras de caminhada e irmãs de coração, Werbens e Mariângela, pelas sugestões, pela escuta e pelo incentivo. Os anjos existem e estão bem perto de nós.

A Richelly, pela amizade, pelo incentivo e pela colaboração, sobretudo nos primeiros passos deste percurso.

À Lúcia de Fátima, o meu profundo agradecimento pela leitura das muitas versões deste trabalho, por ter dedicado tempo e compartilhado saberes, mantendo a serenidade diante da minha ansiedade.

Às colegas de trabalho do Serviço Social do Hospital Universitário Walter Cantídio e do Hospital Municipal de Maracanaú. Minha gratidão às coordenadoras, Ana Lúcia Dourado, Cristina Ferreira e Maria Derleide.

À Socorro Vieira e à Missylene, pela maestria ao equacionarem minhas escalas com os horários de estudo.

À Liana e à Eurenice, pelo apoio e pelas orações.

À Daniely, pela dedicação com que realizou as transcrições.

À Universidade Federal do Ceará, pelo incentivo à formação continuada de seus servidores.

Aos (às) educadores (as) do Mestrado (POLEDUC), os quais contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às assistentes sociais, preceptoras, residentes e à tutora que participaram da pesquisa.

À Fernanda Alves Araújo, pelo carinho.

Aos companheiros e companheiras de caminhada. Durante esta trajetória, sempre encontramos um meio de socializar conhecimentos, risos, silêncios, lágrimas e um ombro amigo.

[...] Enquanto houver o deslocamento entre os processos de formação e os acontecimentos do mundo em que vivemos, a formação se engendrará como formas de ação, produtora de ecos a serem repetidos indefinidamente (HERCKERT, 2007, p. 204).

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde, como proposta de formação, constitui-se em um espaço significativo que busca uma transformação de certas práticas em ações norteadas pela reflexão da realidade e pelos princípios do Sistema Único de Saúde. A Residência contribui para redimensionar o cotidiano dos serviços de saúde e o trabalho do assistente social, articulando as práticas e os campos teóricos, ancorados nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social e no Projeto Ético-Político da profissão. Dessa forma, este estudo tem como objetivo compreender as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (Resmulti) da UFC, área de Assistência em Transplante, como espaço de formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e o percurso metodológico constituiu-se de revisão bibliográfica e análise documental, aplicação de entrevistas semiestruturadas com seis assistentes sociais que integram a Residência na área da Assistência em Transplante, sendo duas preceptoras, uma tutora e três residentes. A pesquisa contemplou os eixos temáticos relativos à interdisciplinaridade e o aspecto formativo do assistente social no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde. A interpretação dos dados fundamentou-se na análise do discurso, na perspectiva de Orlandi. As análises apontaram que a construção da Resmulti/UFC e a inserção do assistente social no programa ocorreram de maneira verticalizada, resultando no estranhamento por parte dos preceptores, sobretudo porque os serviços estavam em processo de redimensionamento. No que se refere à interdisciplinaridade, os sujeitos conceituam essa dimensão como a interconexão entre os saberes no contexto da equipe multiprofissional, potencializando a construção da socialização de saberes e de ações compartilhadas. Todavia, os participantes destacaram que as ações interdisciplinares ainda são pontuais, embora reconheçam o compromisso do assistente social no que concerne à criação de momentos em que a interdisciplinaridade se efetive, qualificando a formação do residente e da atenção em saúde. No que concerne à atuação das preceptoras, as residentes apontaram as dificuldades para o desenvolvimento de ações planejadas, identificando como entraves as diversas atividades desempenhadas pelas profissionais. No entanto, as residentes ressaltaram as contribuições do programa para o amadurecimento profissional e a consolidação de sua formação no campo das práticas interdisciplinares, buscando o aprofundamento das ações embasadas nas dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas. Reafirma-se, portanto, a relevância da Residência como espaço de formação em serviço, no qual se busca o alinhamento das práticas no campo da saúde com o Projeto da Reforma Sanitária e a produção do cuidado de forma integral. Posto isso, propõe-se que a Residência corrobore a formação de profissionais engajados politicamente com o projeto emancipatório da sociedade.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional. Interdisciplinaridade. Serviço Social.

ABSTRACT

The Health Multidisciplinary Residence, a training proposal, constitutes significant space that seeks the transformation of practices, guided by the reflection of the reality and the principles of the Sistema Único de Saúde - SUS (Unified Health System, Brazil's publicly funded health care system). The Residence contributes to resize the daily life of health services and the work of social worker, articulating practice and theoretical fields, anchored in the Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Curriculum Guidelines of the Brazilian Association of Education and Research in Social Work) and in the Ethical-Political Project of the profession. Thus, this study aims at understanding the contributions of a program named Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde - Resmult (Multidisciplinary Integrated Residence in Hospital Health Care) of the Universidade Federal do Ceará - UFC, in the Transplant Assistance field as a space for training social workers in an interdisciplinary perspective. This is a case study using the qualitative approach. The methodological approach has consisted of a literature review and document analysis, as well as, the application of semi-structured interviews with six social workers, two preceptors, a tutor, and three residents working at the Transplantation Care area. The research has included the themes relating to interdisciplinarity and the educational aspect of the social worker within the Health Multidisciplinary Residency. The interpretation of the data was based on Orlandi's perspective discourse analysis. The analyses have shown that the construction of the Resmulti / UFC and the insertion of the social worker in the program have happened in a vertical manner, resulting in estrangement from the preceptors, particularly because the services were in a resizing process. Regarding interdisciplinarity, the subjects conceptualize this dimension as the interconnection of knowledge in the context of the multidisciplinary team, strengthening the construction of the socialization of knowledge and shared actions. However, participants have highlighted the interdisciplinary actions are still sporadic, while recognizing the commitment of the social workers with respect to create moments in which interdisciplinarity has become effective, qualifying the training of residents and health care. Regarding the actions of the preceptors, the residents have pointed out some difficulties in the development of planned actions, identifying as an obstacle the various activities performed by the professionals. However, the residents have highlighted the contributions of the program to the professional maturity and the consolidation of the training in the field of interdisciplinary practices, seeking the deepening of actions based in technical-operative, theoretical-methodological and ethical-political dimensions. From the above mentioned, it is proposed that the residence corroborate the training of professionals politically engaged with the emancipatory project of society.

Keywords: Multidisciplinary Residency. Interdisciplinarity. Social Service.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Disciplinas Transversais do Programa da Resmulti/UFC-1º Ano	64
Quadro 2 – Disciplinas Transversais do Programa da Resmulti/UFC-2º Ano	65
Quadro 3 – Eixo Transversal - Área de Concentração Assistência em Transplante	69
Quadro 4 – Conteúdos específicos do Serviço Social	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
CF/88	Constituição Federal de 1988
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFNS	Conferência Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
Conasp	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
HUs	Hospitais Universitários
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico, no campo da pesquisa e da inovação do ensino.
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Projeto Pedagógico
Projovem	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

REHUF	Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino
Resmulti	Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde
RIS	Programas de Residência Integrada em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RM	Residência Multiprofissional
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TFD	Tratamento fora do domicílio
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ASSISTÊNCIA EM TRANSPLANTE: BREVE HISTÓRICO E CENÁRIO ATUAL	24
2.1	O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do Sistema Único de Saúde	25
2.2	A assistência em transplante no contexto brasileiro	30
3	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE	34
3.1	A Residência Multiprofissional em Saúde: uma proposta de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde	35
3.2	A efetivação de uma nova formação interdisciplinar: o diálogo entre as práticas profissionais	46
3.3	A atuação do Serviço Social na área da saúde e a inserção nos programas de Residência Multiprofissional	53
4	A INTERDISCIPLINARIDADE COMO PRÁTICA FORMATIVA NO CENÁRIO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: A VOZ DOS SUJEITOS	62
4.1	O Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multidisciplinar de Atenção Hospitalar a Saúde: a perspectiva da interdisciplinaridade	63
4.2	A construção da Residência Multiprofissional em Saúde e a inserção do Serviço Social: caminhos percorridos pelos sujeitos	73
4.3	A interdisciplinaridade como eixo norteador da formação na Residência Multiprofissional em Saúde	80
4.3.1	<i>Compreensão conceitual sobre interdisciplinaridade: o diálogo entre os atores .</i>	81
4.3.2	<i>A interdisciplinaridade nas práticas do Serviço Social na área de assistência em transplante: o olhar dos diversos atores</i>	87
4.4	A contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde como espaço de formação na perspectiva interdisciplinar	101
4.4.1	<i>A atuação das preceptoras e tutora no processo formativo do assistente social na Residência multiprofissional em Saúde: a percepção dos atores</i>	102
4.4.2	<i>As Contribuições da Residência Multiprofissional em saúde no processo formativo: a percepção das residentes</i>	105

4.4.3	<i>A dimensão relacional entre preceptor, tutor e residente, como caminho para fortalecer o processo de formação: desafios do cotidiano</i>	110
5	CONCLUSÃO	116
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICE A – TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA	130
	APÊNDICE B – TERMO DE CIÊNCIA DA RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA	131
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS RESIDENTES	133
	APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PRECEPTORES (AS)	134
	APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS TUTORES(AS)	135
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HUWC/UFC – CEP	136
	ANEXO B – CERTIFICADO DE REVISÃO DE TEXTO	137

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da Residência Multiprofissional em Saúde foi motivado pela atuação profissional como assistente social no contexto do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC),¹ e como integrante da equipe multiprofissional no ambulatório de transplante hepático. A partir da implantação, em 2010, do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (Resmulti) – UFC, intensificaram-se as reflexões sobre a Residência como processo formativo, sobretudo no campo da saúde e em conformidade com os princípios norteadores da formação de recursos humanos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na prática cotidiana com os profissionais e usuários, observou-se a predominância de ações pautadas numa concepção de saúde associada à ciência natural-biológica, que prioriza a definição de especialidades e de competências. A hegemonia do modelo biomédico ainda é um desafio a ser superado pelas categorias profissionais que compõem a Residência, comprometendo a efetividade da interdisciplinaridade, uma vez que reafirma a cristalização e a visão unilateral do processo saúde/doença.

A instituição hospitalar reflete a demarcação de espaços de conhecimento das ações em que apenas os especialistas estão autorizados a executar. Os relatos e as queixas dos pacientes são expostos de acordo com o que lhes é permitido expressar, uma vez que, nos discursos oficiais ou instituídos, evidencia-se quem está autorizado a falar.

No âmbito da equipe multiprofissional, em que as práticas em saúde e os diversos discursos se entrecruzam, a interdisciplinaridade representa uma nova concepção do fazer profissional e a possibilidade de superar o paradigma da ciência moderna. Consoante as palavras de Sá (2010), considera-se que a interdisciplinaridade não se refere à exclusão das diferenças, mas aponta para a convivência e reconhece que não há uma verdade completa.

Sob esse prisma, a experiência como preceptora de área de concentração em assistência em transplante do programa da Residência Resmulti/UFC tornou-se fundamental na trajetória de construção desta pesquisa; provocou diversas inquietações entre o instituído e o real, o estranhamento e o encantamento entre os sujeitos, novas e velhas demandas que se reatualizam para o assistente social no âmbito da saúde. Questões relativas ao “ser” preceptor (a), tutor (a), residente, entre outros, revelaram outras possibilidades e olhares em relação ao

¹ O HUWC/UFC e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) compõem o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CHU/HUWC). Ambas as instituições possuem certificação de ensino de acordo com a Portaria Interministerial nº 2.378, de 26 de outubro de 2004.

campo, ao mesmo tempo em que os espaços formativos e as práticas mediavam novos questionamentos.

Diante dos desafios postos, procedeu-se à leitura de textos sobre o tema, com vistas a aproximações que possibilitassem o delineamento do objeto de pesquisa. Sobre a importância dessa trajetória, Minayo (1992, p. 89) assinala que essa fase exploratória do estudo “Compreende a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, a construção do marco teórico, além dos instrumentos da coleta de dados e exploração do campo.”

Nesse contexto dinâmico, a experiência de mestranda, aliada à prática profissional, ampliou os questionamentos no que concerne à efetivação da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), voltada para a qualificação da assistência em saúde e o trabalho interdisciplinar. Dessa forma, esse percurso redundou na delimitação da questão norteadora da pesquisa: quais as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde área Assistência em Transplante da UFC para a formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade?

Tendo em vista que, no Brasil, o primeiro programa de residência regulamentado foi a residência médica, na década de 1970, a RMS ainda é um processo recente, em construção e, conseqüentemente, desafiador. No tocante ao HUWC/UFC, o programa da Resmulti/UFC é embrionário, e sua construção representa um desafio cotidiano e multifacetado em que as práticas se entrecruzam na correlação entre saber e poder; educação e assistência; fragmentação e integralidade. As considerações preliminares acerca do fenômeno em análise conduziram aos seguintes pressupostos:

1. No contexto do Hospital Universitário Walter Cantídio, a Residência Multiprofissional em Saúde da UFC como modalidade de ensino em serviço constitui espaço de formação e de prática do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade.
2. O Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC tem como eixo norteador a formação dos residentes, práticas interdisciplinares que visam formar recursos humanos para atuar apoiados nos princípios do Sistema Único de Saúde.
3. A construção da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC, como espaço de formação, revela desafios para a sua efetivação, concernentes ao redimensionamento das práticas do assistente social e à sua inserção no programa.

4. A interdisciplinaridade, como eixo norteador da formação do assistente social, ocorre de forma dialogada e compartilhada entre a equipe multiprofissional, no contexto da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC.
5. A Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC contribui para consolidar a formação dos assistentes sociais nas dimensões teórico-metodológica, ética-profissional e técnica-operativa, na perspectiva da interdisciplinaridade, destacando a atuação das preceptoras e da tutora nesse processo formativo.

Considerando a realidade vivenciada em unidades de ensino e práticas em saúde, isso se configura de relevância política e social, contrapondo-se ao discurso neoliberal e à precarização das políticas sociais, espaço de atuação do assistente social. Na atual conjuntura de reestruturação organizacional dos Hospitais Universitários (HUs), deve-se fomentar o debate sobre o impacto dessas mudanças para a qualidade da assistência e da formação de profissionais de saúde, com vistas à construção de uma práxis comprometida com as demandas dos usuários e dos princípios do SUS.

Concernente à relevância científica, a pesquisa se propõe a contribuir para ampliar as produções teórico-críticas sobre a formação no âmbito das Residências Multiprofissionais em Saúde, com destaque para as práticas interdisciplinares que visam qualificar o cuidado em saúde no contexto hospitalar. No que tange aos HUs, reconhece-se a sua importância no processo formativo de profissionais capacitados para compreender a realidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesse sentido, os programas da RMS se propõem a corroborar o processo formativo, buscando a interconexão entre os diversos saberes, a fim de superar os entraves postos para a efetivação da interdisciplinaridade, rompendo com técnicas e ações cristalizadas pelo modelo cartesiano de se conceber a realidade social.

A pesquisa tem como objetivo geral compreender as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC, área de Assistência em Transplante, como espaço de formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade. Para a consecução desse objetivo geral, elegeram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar como se configura a dimensão da interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC.

- b) Identificar os desafios para a construção da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC como espaço de formação.
- c) Compreender como se estabelece a interdisciplinaridade nas práticas do assistente social como eixo norteador da formação na Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC.
- d) Analisar as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC, como espaço de formação dos assistentes sociais na perspectiva da interdisciplinaridade.

A metodologia que permeou as fases do estudo foi um processo dialético, compreendendo as dimensões epistemológicas, as técnicas e a criatividade do pesquisador, representando o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade. No campo das teorias sociais, a metodologia é inerente à visão de mundo produzida pela teoria (MINAYO, 1992, p. 22; OLIVEIRA, 2010, p. 43). O método de pesquisa possui um aspecto amplo, apontando o caminho escolhido, o planejamento para conhecer determinado fenômeno, considerando a utilização de instrumentos adequados (OLIVEIRA, 2010, p. 48).

A abordagem da pesquisa é qualitativa. Consoante Oliveira (2010), a abordagem qualitativa configura-se como processo de reflexão e análise da realidade por meio da utilização de métodos e técnicas que permitam compreender o objeto de pesquisa dentro de seu contexto histórico e/ou em sua estruturação. Trata-se de considerar a relevância e os significados de todos os fatos e fenômenos por meio de técnicas adequadas (MARTINELLI, 1999).

Ressalta-se que a escolha por uma abordagem qualitativa não pretende reforçar a dicotomia entre pesquisa qualitativa *versus* quantitativa; ao contrário, considera-se que ambas se complementam, e não se excluem. Ademais, este estudo se fundamenta em um aporte teórico que norteia não apenas a escolha do objeto, mas as etapas e os resultados teórico-práticos.

Corrobora-se a ideia de Minayo (1992, p. 36-37), ao afirmar que, no campo científico, não há pesquisa neutra. Nas palavras da autora, “[...] nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.” O desafio posto é compreender que o objeto do conhecimento, o homem e a sociedade, não pode ser reduzido a números ou se igualar com sua própria aparência.

No campo da saúde, seja do ponto de vista teórico ou metodológico, presenciam-se os mesmos questionamentos pertinentes às Ciências Sociais. Entre as razões elencadas,

destaca-se o fato de a saúde não se instituir como disciplina ou campo separado de outras instâncias da realidade social. Nesse sentido, “[...] submete-se às mesmas vicissitudes, aos avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte.” (MINAYO, 1992, p. 13).

Minayo (1992) esclarece que uma abordagem qualitativa da saúde implica conhecer as especificidades relativas às mudanças socioeconômicas, políticas e ideológicas que, articuladas, incidem na construção do conhecimento teórico-prático acerca do processo de saúde, institucionalização, organização, administração e avaliação dos serviços e da clientela dos serviços de saúde.

O pensamento da autora denota o caráter complexo e abrangente do campo da saúde e, portanto, a necessidade de conhecimentos distintos e integrados, significando uma abordagem dialética, “[...] que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.” (MINAYO, 1992, p. 14). A autora destaca o aspecto da saúde que contemple a totalidade das relações que contêm e se expressam no cultural:

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os retraduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões. (MINAYO, 1992, p. 14).

Nesse contexto, a dialética compreende os fenômenos em sua perspectiva histórica, privilegiando: “a) a contradição e o conflito sobre a harmonia e o consenso; b) o fenômeno da transição, da mudança, do ‘vir-a-ser’ sobre a estabilidade; c) o movimento histórico; d) a totalidade e a unidade dos contrários.” (DEMO, 2001, p. 86). Nesse sentido, a abordagem dialética “[...] é um método que aborda o real, esforçando-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriidade e transformação [...], podendo também apontar as permanências e suas formas estruturais.” (MINAYO, 1992, p. 22).

Sob o prisma da dialética, a construção do conhecimento tem como principais aspectos o caráter aproximado em que o “[...] conhecimento se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais exercita a apreensão, a crítica e a dúvida.” (CARDOSO, 1978, p. 27). Trata-se de conceber o conhecimento a partir de múltiplos olhares, permitindo definir o objeto de maneira precisa ou em uma dimensão inteiramente nova.

Com vistas a atender aos objetivos da pesquisa, elegeu-se o estudo de caso como uma modalidade que busca a compreensão de fenômenos sociais complexos e, em geral, se aplica com mais frequência às áreas das ciências humanas e sociais (YIN, 2005). Segundo o autor, trata-se de uma forma de investigar um fenômeno atual dentro do seu

contexto de realidade. Nesse horizonte, Stoeker (1991) advoga que o estudo de caso se caracteriza como uma estratégia de pesquisa que contempla o planejamento, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas à sua análise.

Corroborando o pensamento dos autores, Gil (1999) define o estudo de caso, ressaltando sua natureza no que concerne a uma análise profunda e exaustiva de um ou de poucos objetos, permitindo um conhecimento amplo, o que seria impossível em outros tipos de delineamento. Nesse sentido, o estudo de caso realiza uma observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico.

O campo empírico da pesquisa compreende o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição pública que tem como cerne de sua missão a prestação de serviços à população, consolidando o aprimoramento continuado e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias, garantindo padrões de eficiência postos à disposição da rede do SUS. O HUWC/UFC destaca-se ainda como centro transplantador de órgãos, tornando-se referência regional e nacional para realização de transplante renal, pâncreas, hepático e medula óssea.

Concernente aos procedimentos técnicos, buscou-se a adequação deles à consecução dos objetivos deste estudo. Nas palavras de Oliveira (2010), as técnicas devem captar a realidade em todo o seu dinamismo.

Esta pesquisa se pautou pela revisão bibliográfica, procedimento presente em todo o trajeto da análise. A respeito da pesquisa bibliográfica, ressalta-se o pensamento de Gil (1999, p. 44-45):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. [...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Para compreensão do objeto deste estudo, elegeram-se como eixos teóricos as temáticas acerca da Saúde Pública, da Residência Multiprofissional, da interdisciplinaridade, e a inserção do assistente social nos programas de formação em serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Demo (2001), pesquisar compreende o diálogo criativo com a realidade, ou seja, é a atitude de “aprender a aprender”.

No intuito de atender o objetivo desta pesquisa, procedeu-se à análise documental, concorrendo para o acesso às fontes oficiais pertinentes ao estudo, garantindo

maior credibilidade aos dados. Sob esse prisma, Piana (2009, p. 62) conceitua a pesquisa documental como:

Aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências.

No tocante à pesquisa de campo, a coleta de dados compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas e a observação. Concernente à qualidade da entrevista, Minayo (1992, p. 121) aponta a necessidade da elaboração de um roteiro que contemple de maneira ampla as questões que o pesquisador se propõe a abordar em campo, partindo de suas “hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”.

Zanelli (2002) destaca a necessidade do cuidado em relação ao manejo da coleta dos dados, principalmente quando o recurso da coleta é a entrevista, na qual o pesquisador deve estar atento, no sentido de facilitar para que os conteúdos de interesse da pesquisa sejam manifestados.

Nesse sentido, a inserção no cenário da pesquisa e a interação com os sujeitos contribuíram para a apreensão do processo formativo vivenciado pelos sujeitos do estudo.

A observação da prática cotidiana, dos assistentes sociais no campo da assistência em transplante, ocorreu ao longo da pesquisa, abrangendo o atendimento pré e pós-transplante nos ambulatoriais, na sala do Serviço Social e nas enfermarias, contribuindo para a compreensão do processo de formação da Residência na perspectiva da interdisciplinaridade.

Destacam-se outros momentos de interação da pesquisadora com o campo e os sujeitos envolvidos no estudo: participação em reuniões promovidas pela Instituição e no âmbito do setor do Serviço Social; participação nas disciplinas do eixo específico do Serviço Social da Resmulti/UFC; socialização de saberes, mediante relato de experiências em eventos científicos, como a Semana Universitária e o XIV Congresso Internacional, promovido em 2014 pela Rede Unida, em Fortaleza.

Considerando a vivência profissional da pesquisadora e sua inserção no *locus* da pesquisa, os participantes do estudo abrangem os assistentes sociais que integram a Resmulti/UFC na área de concentração da assistência em transplante. Assim, foram entrevistadas seis assistentes sociais, sendo três residentes, duas preceptoras e uma tutora do HUWC/UFC.

No processo de coleta dos dados, inicialmente, os entrevistados foram convidados a colaborar com a pesquisa e esclarecidos acerca dos objetivos da mesma, e do direito de

desistência em qualquer momento do processo, sem que isso causasse qualquer constrangimento ou ônus. Os entrevistados procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

O presente estudo teve a aprovação da coordenação do Serviço Social do HUWC/UFC da Resmulti/UFC, (APÊNDICE A e B). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HUWC/UFC (ANEXO A), atendendo às exigências, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual determina que todo pesquisador deve expressar:

O respeito devido à dignidade humana, que exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. (BRASIL, 2012, p. 5).

As identidades dos participantes foram preservadas e substituídas por nomes fictícios e as entrevistas gravadas, após anuência dos participantes, a fim de garantir fidelidade no registro das informações obtidas durante as falas. A transcrição foi realizada por profissional exterior à pesquisa. Esse procedimento teve como finalidade evitar deduções, bem como potencializar a qualidade do material produzido.² As entrevistas ocorreram na própria Instituição, em horários previamente agendados com os participantes, em local de sua escolha, com duração de 30 minutos, aproximadamente.

Os dados foram organizados e interpretados com base na análise do discurso (AD), com aporte teórico em Orlandi (2003). Segundo a autora, a AD trata de uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexões estabelecidas pelos sujeitos. Dessa forma, trata-se de apreender, por meio da interpretação das falas, o sentido que não se apresenta de imediato no discurso, considerando o contexto histórico em que ele está inserido:

(a) Pretende ser uma teoria crítica que trata de determinação histórica dos processos de significação [...] (c) pela sua especificidade, ela é cisionista em dois sentidos: 1- procura problematizar as evidências e explicar o caráter ideológico, revela que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia; 2- denuncia o encobrimento das formas de dominação política que se manifestam numa razão disciplinar e instrumental. (ORLANDI, 2003, p. 11).

A análise do discurso articula conhecimentos do domínio da Linguística e das Ciências Sociais, considerando a relação língua-discurso-ideologia, compreendendo que o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido. (ORLANDI, 2003).

² A pesquisadora assume a responsabilidade pela guarda das transcrições.

Essa modalidade de análise se constitui a partir das contribuições de três áreas do conhecimento: a Psicanálise, com a noção de deslocamento de homem para sujeito, constituído na relação com o simbólico, na história; a Linguística, ao considerar a não transparência da linguagem; e o Materialismo Histórico, enquanto a teoria das formações sociais (ORLANDI, 2003).

Ancorada nessas teorias, a análise do discurso o faz de maneira crítica, a fim de captar os sentidos não explícitos no discurso, as contradições e conflitos, os quais se expressam “no emaranhado de fios ideológicos” e compõem o repertório de um grupo social em dado contexto histórico (MACEDO *et al.*, 2008).

Compreender um fenômeno social implica situá-lo no contexto histórico-social no qual está inserido. Em corroboração ao pensamento das autoras, percebe-se que, na área da saúde, os discursos dos sujeitos projetam sua visão da sociedade e da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, das condições de produção e reprodução social.

Considerando o objetivo da pesquisa, foram selecionadas categorias de análise fundamentadas no diálogo estabelecido desde o início do estudo com teóricos que apontam uma abordagem crítico-reflexiva sobre o tema. Os roteiros de entrevista têm como principais eixos: o Projeto Pedagógico e os desafios para a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde; e a interdisciplinaridade como eixo norteador da formação do assistente social na Residência.

A dissertação foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro – ou Introdução – contempla a aproximação da pesquisadora com o tema, o delineamento da pesquisa, os objetivos e a metodologia adotada. No segundo, aborda-se a Política de Saúde no Brasil e a Assistência em Transplante, destacando a contextualização da política de saúde do País, com ênfase no recorte temporal a partir da década de 1980, considerando os condicionantes socioeconômicos e políticos que se tornam hegemônicos em dado período histórico. Em seguida, apresenta-se a evolução da assistência em transplante no contexto brasileiro.

No terceiro capítulo, discorre-se sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: o desafio de construir a interdisciplinaridade. Nessa seção, descreve-se a implementação da Residência Multiprofissional como uma proposta voltada para a integração de saberes e práticas, contribuindo para a construção de competências compartilhadas e a sedimentação da educação permanente, visando a mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde.

O quarto capítulo enfoca a análise dos resultados, considerando os discursos dos participantes da pesquisa, relacionando-os com os conceitos que embasam o estudo, a fim de promover o diálogo entre as teorias e o discurso dos entrevistados.

No último capítulo, apresentam-se as considerações finais, com base nos objetivos da pesquisa e nos resultados obtidos, a fim de elencar propostas para novos estudos no campo da Residência Multiprofissional em Saúde. Parte-se da afirmação de que nenhum conhecimento está acabado. O processo implica que cada conclusão contém a capacidade de gerar outros olhares e, como tal, novas possibilidades de pesquisas.

Nesse sentido, espera-se suscitar novas análises e, conseqüentemente, outras produções acadêmicas, principalmente em relação à formação dos assistentes sociais e à prática interdisciplinar nos programas de RMS, destacando a atuação das preceptoras e da tutora como sujeito formador, a defesa do projeto da reforma sanitária e a efetividade do SUS.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ASSISTÊNCIA EM TRANSPLANTE: BREVE HISTÓRICO E CENÁRIO ATUAL

Este capítulo se propõe a contextualizar a Política de Saúde no Brasil e a assistência em transplante, com vistas à compreensão da política de formação de profissionais na área da saúde, materializada nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), no âmbito dos desafios postos para a efetivação dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

No intuito de compreender essa realidade, iniciou-se o recorte temporal na década de 1980, pela relevância histórica no que se refere aos cenários político, econômico e social delineados desde os anos 70, no processo denominado “transição democrática”. Trata-se de um período de mudanças, entre as quais se destacam a eleição pelo colegiado eleitoral do primeiro presidente civil, demarcando o fim do governo autocrático e ditatorial, e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

No cenário da democratização política dos anos 80, o campo da saúde vivenciou momentos fundamentais na defesa da saúde como um direito de todos. Entre os principais eventos que marcaram essa época, elencam-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS/1986), considerada um marco para a política de saúde, concorrendo para a concretização do Projeto do Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro (RSB).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) legitimou as reivindicações do referido movimento, destacando a integração das políticas da saúde, da assistência social e da previdência como pilares da Política de Seguridade Social, inseridas num projeto amplo em defesa da universalidade do acesso aos direitos sociais e civis, fundamental para o exercício da cidadania (BRASIL, 1988).

Em seguida, apresenta-se a evolução da política de assistência em transplante de órgãos no Brasil, o qual ocupa lugar de destaque ao nível internacional na realização desse procedimento cirúrgico. Os avanços da medicina e do aporte legal nessa área favoreceram o crescimento dos transplantes de órgãos. Embora a trajetória dos transplantes anteceda a criação do SUS, a maior parte desses procedimentos é financiada pelo sistema público de saúde. Assim, discutir a política de assistência em transplante implica considerar os avanços e as contradições da Política de Saúde no Brasil.

2.1 O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a implementação do Sistema Único de Saúde

O início da década de 1980 é caracterizado por um processo de democratização política, ao mesmo tempo em que se aprofunda a crise no setor econômico, mobilizando diversos setores da sociedade. No âmbito da saúde, Mendes (1996) destaca a eclosão da crise na previdência social e aponta três vertentes principais: a crise ideológica, materializada no Prev-saúde; a crise financeira e a crise político-institucional, representada pelas ações de caráter racionalizador do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp).

O Prev-saúde, lançado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, constitui-se em *locus* das contradições que caracterizavam o setor de saúde. O Programa sofreu a oposição de setores governamentais e dos empresários médicos, enquanto, para os profissionais de saúde, ele representava a possibilidade de melhoria dos serviços oferecidos e uma conquista no sentido da democratização da saúde (PAIM, 2008).

No que concerne ao Conasp, ele propunha a redução dos custos unitários e o controle dos gastos. Todavia, na contramão da crise, o Conasp, assim como o Prev-saúde, tornou-se espaço institucional, utilizado pelos movimentos sociais para promoção do debate e da politização da saúde. De acordo com Paim (2008, p. 93), esse aspecto expressa uma singularidade do setor saúde, denominado pelo autor de “[...] uma estratégia equivalente à guerra de posições.”

A construção de um projeto de saúde democrático foi consolidada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), construído ao longo da década de 1980, tendo como principal estratégia o Sistema único de Saúde e foi resultado da mobilização e da articulação entre os profissionais de saúde e o movimento popular. A RSB defende ainda a concepção do Estado como responsável pelas políticas sociais, entre elas a saúde, fundamentada no interesse público, na democratização do Estado e do acesso; na universalização das ações, na descentralização, bem como na implementação de um novo modelo assistencial norteado pela integralidade e pela equidade das ações, entre outros (BRAVO; MATOS, 2002, p. 199).

Entre os movimentos que emergem à época, destaca-se a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que traz para o centro do debate a democratização da saúde. O Cebes lança as bases para a construção de uma nova concepção: a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros (PAIM, 2008).

Outro marco fundamental, como já mencionado anteriormente, foi a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada por alguns autores como o evento político-sanitário mais importante da década. Consoante assinala Mendes (1996), essa conferência difere das demais, *a priori*, por duas razões: pelo seu caráter democrático, contando com a presença de milhares de delegados representando quase todos os segmentos do setor; e pela dinâmica processual, com a realização de conferências nas esferas municipal, estadual e depois nacional.

O autor elenca ainda como aspecto importante da 8ª CNS a forma como ela foi estruturada a partir de três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde; e financiamento do setor saúde. Para fomentar as discussões, procedeu-se à leitura dos textos acadêmicos, intelectuais e especializados, os quais fundamentaram teoricamente as três grandes mesas-redondas.

A 8ª CNS congregou cerca de 5 mil participantes, entre eles técnicos e gestores da saúde, representantes de movimentos sociais, etc. Há de se registrar o importante papel da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) como espaço de reflexão e instrumento de divulgação, assumindo a bandeira da RSB, cuja proposta se torna presente nos seus primeiros editoriais em 1986:

A ABRASCO, engajada nessa luta, assume a bandeira da reforma sanitária, como a condição de viabilidade da conquista do direito universal à saúde. Reforma que implicará na reformulação das políticas públicas e do aparelho governamental burocrático que estão diretamente ligados às condições de preservação da saúde e recuperação das condições de vida [...] (EDITORIAL, 1986 *apud* PAIM, 2008, p. 101).

O encarte divulgado no mesmo editorial traz as seguintes expressões: “Propostas da Abrasco para a 8ª Conferência Nacional de Saúde: pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado.” (EDITORIAL, 1986 *apud* PAIM, 2008, p. 101). Essa frase iniciou o Art. 196 da Constituição Federal de 1988.

O relatório final da 8ª CNS contém os principais elementos constitutivos da RSB, como: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; criação do Sistema Único de Saúde; participação popular; constituição e ampliação do orçamento social. Destaca-se também sua influência nos processos iniciados em 1987 em torno da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e da elaboração da Constituição Federal de 1988 (MENDES, 1996; PAIM, 2008).

O SUDS consolidava a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços. Contudo, mais uma vez o setor saúde era cenário de polêmicas,

convergingo todas as atenções para o SUDS. Se, para alguns, esse era considerado como uma trincheira técnico-administrativa para a construção da RSB; para outros, representava um instrumento estratégico para a implantação do SUS; e outros ainda o identificavam como uma das estratégias administrativas do governo destinadas a esvaziar ideologia da RSB (PAIM, 2008).

Nesse contexto conflituoso, identificam-se as divergências na construção das bases teórico-conceituais sobre a RSB, mesmo entre os estudiosos desta, o que não descaracteriza a sua importância como marco histórico e social no processo de democratização da saúde. Sob essa ótica, deve-se proceder à revisão das concepções acerca de saúde e da doença e uma nova abordagem do seu objeto, voltada para o campo das necessidades de saúde.

No que tange ao processo saúde/doença, trata-se de superar a centralidade nas dimensões biológica e ecológica, considerando-os como parte dos processos de reprodução social, sendo determinados social e historicamente (PAIM, 2008). As práticas de saúde também assumiram uma função essencial para que a RSB fosse efetivada. Sob a égide das mudanças no setor saúde emergem propostas como: a vigilância da saúde; a construção nos centros acadêmicos de novas práticas de saúde no que refere à atenção, ao planejamento e à gestão.

Nesse sentido, a RSB representa um fenômeno que não se deu de maneira estanque, isolada ou imposta pelo Estado, como ocorreu com as reformas previdenciária, tributária, universitária e administrativa. A RSB emerge a partir da sociedade e se insere na construção de uma nova concepção da Política de Saúde, bem como em um arcabouço teórico e jurídico que passa a nortear não apenas a prática dos profissionais da área da saúde, mas a participação de sujeitos oriundos de movimentos sociais e usuários dos serviços (PAIM, 2008).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) materializa, nos artigos 196 a 200, algumas das propostas da RSB, entre as quais se ressalta a legalização de uma saúde pública com a construção de um Sistema Único de Saúde, cujos princípios fundamentais são: universalidade, equidade e integralidade; participação social e descentralização da política de saúde. A CF/88 representou avanços na legislação decorrentes da luta dos movimentos sociais, que emergem desde o final da década de 1970 e por toda a década de 1980, entre eles a RSB. O artigo 194 consolidou a política social, caracterizada como: “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988, p. 33).

A concepção ampliada de saúde passa a prevalecer nos discursos oficiais, associando a sua garantia às políticas sociais e econômicas. Dessa forma, cria-se, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que veio a ser regulamentado pelas Leis n.º 8080/90, de 19 de setembro de 1990, e 8142/90, de 28 de dezembro de 1990.

A Lei nº 8080/90 dispõe sobre o funcionamento do Sistema, seus objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão; as competências e atribuições nas três esferas, federal, estadual e municipal (COSTA, 2011). A referida Lei trata ainda acerca da promoção, da proteção e da recuperação da saúde, bem como da organização e do funcionamento dos respectivos serviços (BRASIL, 1990a).

No que se refere à Lei Orgânica da Saúde, o presidente Collor desconsiderou o texto legal com nove artigos vetados totalmente e cinco parcialmente, os quais enfocavam aspectos relacionados à descentralização, ao controle social e aos repasses intergovernamentais (PAIM, 2008).

Todavia, apesar dos vetos dele, a sociedade brasileira conquistou a Lei 8142/90, que regula a participação da comunidade na gestão do SUS, enfatizando o controle social exercido por meio da participação nos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990b). Contudo, as legislações supramencionadas representam a necessidade de formular caminhos para uma nova forma de fazer saúde, advinda com o SUS.

Na contemporaneidade, o arcabouço jurídico do SUS expressa a defesa dos princípios da reforma sanitária, contidos na CF/88, bem como aprofunda suas ambiguidades, como, por exemplo, a consagração da liberdade da iniciativa privada estabelecida no Art. 199 (BRASIL, 1988).

Na década de 1990, na trilha das mudanças e crises de ordem sociopolítica e econômica configuradas no âmbito mundial, presencia-se no cenário brasileiro o enfrentamento entre dois grandes projetos societários.³ Nas palavras de Bravo e Matos (2006), trata-se de projetos divergentes: o primeiro diz respeito à sociedade orientada na restrição de direitos sociais e políticos, e o outro foi fundado sob a égide de uma democracia de massas com ampla participação social.

Em relação à política de saúde, essas transformações se materializam por meio da disputa pela hegemonia entre o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. O primeiro representa uma inovação no campo da saúde ao propor uma relação mais próxima entre

³ Paulo Netto (2006) define projetos societários como projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la.

Estado e sociedade, criando espaços para a participação e o controle popular na definição das políticas setoriais (BRAVO; MATOS, 2006).

Já o Projeto Privatista interrompe o processo de reformas iniciado pela RSB e legitimado pela CF/88, tornando-se hegemônico na segunda metade da década de 1990, tendo como uma de suas consequências a reatualização do modelo de assistência fundamentado na política de caráter neoliberal (BRAVO; MATOS, 2006).

Segundo Bravo e Matos (2002), a política de ajuste neoliberal caracteriza-se pelo Estado mínimo em relação às políticas públicas e por uma democracia restrita, que limita os direitos sociais e políticos. No que tange às propostas para a Política de Saúde, a autora destaca os seguintes aspectos:

[...] caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através de pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO; MATOS, 2002, p. 200).

Os defensores da Reforma do Estado fundamentam-se na ineficiência deste, desviando o foco da crise inerente ao capitalismo. A crise político-econômica é travestida pela aclamada crise de um modelo de Estado, exigindo mudanças administrativas e a redução da responsabilidade do governo pelas políticas sociais, aumentando a governança e a governabilidade⁴ (BRAVO; MATOS, 2006).

No que diz respeito a essa conjuntura, Mendes (1996) também se pronuncia e ressalta o fato de que, ao longo de duas décadas, o SUS demonstra o caráter de processo em marcha e o espaço para a defesa do exercício da cidadania, esta considerada como um “[...] processo em permanente construção no cotidiano social, e não como um privilégio de poucos e concessão do Estado.” (MENDES, 1996, p.54).

Na contemporaneidade, tem sido comum nas mesas de debate e na mídia o que se convencionou denominar de “caos na saúde”, promovendo o descrédito em torno do SUS por uma grande parcela da sociedade. Mendes (1996) denomina esse “caos” de desorganização dos serviços de saúde, redundando, entre outras coisas, em filas para atendimento ambulatorial e hospitalar e na demora na realização de procedimentos de média e alta complexidade. Consoante Bravo e Matos (2006), ocorreram a fragmentação da proposta de

⁴ Conforme Pereira (1997), os termos Governança e Governabilidade representam neologismos de palavras inglesas que significam, respectivamente, a capacidade política de governar, capacidade esta que deriva da relação de legitimidade do Estado e de seu Governo com a sociedade; e a capacidade financeira e administrativa do Estado na implantação de suas políticas.

uma seguridade ampliada e o descumprimento do orçamento, implicando na dificuldade da efetivação do SUS.

No entanto, faz-se necessário analisar o SUS para além de um sistema criado na Constituição Federal de 1988, conforme assevera Mendes (1996), trata-se de um processo social em construção. Sob esse prisma, tornam-se necessárias a problematização e a discussão nas instâncias da sociedade civil, a fim de delinear propostas que promovam a participação de todos os sujeitos, ou seja, gestores, profissionais, usuários, entre outros, e da reorientação do processo de formação profissional norteado pelos princípios do SUS.

A organização da rede de serviços do SUS ocorre de maneira regionalizada e hierarquizada, compreendendo as atenções básica, secundária e terciária de assistência à saúde. A atenção básica volta-se para a promoção da saúde; a secundária é composta pelos hospitais que prestam assistência nas especialidades básicas, incluindo serviços ambulatoriais, urgência e emergência (PAIM, 2009).

Já a atenção terciária abrange tratamentos e cuidados em saúde de alta complexidade, compreendendo serviços ambulatoriais e hospitais especializados, entre os quais se destacam os Hospitais Universitários, os quais, por meio da prestação de serviços à população, promovem o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Recebem ainda incentivos financeiros para exercer atividades de ensino e pesquisa, a fim de garantir melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde. Ademais, os programas de formação continuada oferecem a oportunidade de atualização teórico-técnica dos profissionais de todo o sistema de saúde.

2.2 A assistência em transplante no contexto brasileiro

O Brasil possui, na atualidade, um programa público de transplantes de órgãos e tecidos com reconhecimento mundial, em que o SUS é responsável por 95% dos procedimentos realizados. A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está fundamentada por meio das Leis nº 9.434/1997 (BRASIL, 1997) e 10.211/2001 (BRASIL, 2001), tendo como diretrizes: a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011).

Em 1930, ocorreu a primeira experiência no Brasil, referente a um transplante de córnea. Já em 1964 (Rio de Janeiro) e 1965 (São Paulo), foram realizados os primeiros

transplantes renais. O primeiro transplante cardíaco foi registrado em 1968 (São Paulo) (CAVALCANTE, 2010; FERRAZ, 2003).

Em relação à legislação, até 1998, todo o processo que envolvia a realização de transplantes de órgãos – como a inscrição dos pacientes receptores, a retirada dos órgãos, a ordem dos transplantes, os critérios de prioridade, entre outros – era organizado de maneira “informal” por meio de regulamentações estaduais (MONTEIRO, 2013).

Nesse contexto, ainda em 1998, entram em vigor a Lei nº 9.434/01/97 e o Decreto 1480, de 08/08/1997, do Conselho Regional de Medicina (CRM), os quais passam a determinar os critérios para o diagnóstico da morte encefálica, bem como aqueles relativos à doação (doador vivo e falecido). A Lei proíbe ainda a doação feita por pessoas sem identificação, entre outros. Fundamentada com a legislação do SUS, essa Lei promove a transparência do processo, sendo a decisão da doação de órgãos autorizada pela família, colaborando para a coibição da comercialização de órgãos (MONTEIRO, 2013).

A Lei 9.434, de janeiro de 1997, representou um avanço importante na regulamentação dos direitos e garantias dos pacientes que têm a indicação clínica para realização de transplante, tendo ainda entre seus objetivos: primar pela segurança na realização de transplante envolvendo doador vivo, de maneira a não trazer danos para o ele; e regular a rede de assistência por meio do credenciamento e da autorização para o funcionamento das instituições (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, em 1997, é criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), com vistas a aperfeiçoar a administração e a operacionalização dos transplantes de órgãos financiados pelo SUS, tornando-se um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo. Ele dispõe de 25 Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO) nos estados e no Distrito Federal e de uma Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNNCDO), localizada em Brasília, contando ainda com 548 estabelecimentos autorizados a realizar transplantes, envolvendo 1.376 equipes médicas.

O Brasil ocupa, hoje, o segundo lugar em número de transplantes ao nível internacional, antecedendo os Estados Unidos, onde o procedimento é financiado de forma direta pelo usuário ou por meio de planos de saúde. No que se refere aos “muito pobres”, eles recebem financiamento dos programas assistenciais do Governo – *Medicare e Medicaid* (MARINHO, 2006).

Embora as regiões Sul e Sudeste concentrem os maiores resultados em números absolutos, o Nordeste vem se destacando em virtude da atuação dos estados do Ceará e de

Pernambuco, os quais apresentam elevada frequência na realização do procedimento, principalmente nos transplantes de rim, fígado e córnea (MARINHO, 2006).

No Ceará, destacam-se três centros transplantadores: o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), com 208 transplantes (33 de fígado; 166 de rins; e nove de pâncreas); o Hospital de Messejana, que realizou 28 transplantes de coração e 4 de pulmão; e o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC), que, de acordo com dados oficiais realizou, em 2013, 130 transplantes de fígado, 111 de rim, 44 de medula, 2 de pâncreas e 18 de córneas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2014).

O HUWC/UFC vem se tornando referência ao longo de sua história como centro de transplantes, principalmente no que concerne aos de fígado. Segundo dados divulgados pelo Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), ele realizou em 2013, 130 transplantes de fígado, ultrapassando o Hospital Israelita Albert Einstein (com 102 transplantes realizados no mesmo período), e assumiu o primeiro lugar na América Latina na realização do referido procedimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2014). Todavia, apesar do crescimento no número de transplantes realizados no Brasil desde o seu início, os estudos chamam a atenção para a desigualdade no acesso a tais procedimentos. Esse fato é complexo e suas explicações envolvem questões que vão desde a ausência de centros transplantadores em determinadas regiões a índices ainda não tão significativos de doações de órgãos.

Os avanços no âmbito da política de transplante de órgãos e tecidos no Brasil são inquestionáveis, porém, a desigualdade em relação à distribuição dos centros transplantadores no País é uma realidade que persiste. Esse aspecto impacta na garantia do acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento antes e após o transplante. Assim, discutir a Política de Transplante no Brasil equivale a considerar as desigualdades referentes à realização de transplantes, bem como as dificuldades no acesso aos níveis de atenção em saúde (CAVALCANTE, 2010; FERRAZ, 2003).

A disparidade geográfica da realização de transplantes de órgãos também ocorre em países desenvolvidos, como Austrália, Espanha, Estados Unidos, França e Reino Unido. No entanto, no Brasil, a dimensão continental é apenas um dos fatores que agravam o problema, principalmente em relação ao tempo na fila de espera. No tocante à equidade em saúde com ênfase no SNT, destaca-se:

[...] Para melhoria da equidade, o SNT tem realizado correções normativas, especificação clara de princípios de justiça e de critérios de alocação, aperfeiçoamento gerencial, planejamento estratégico, transparência de informações e

abordagem sistêmica, no âmbito do SUS. (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011, p. 12).

Logo, ancorado no pensamento dos autores, afirma-se a necessidade não apenas da produção, mas também da compreensão dos dados para qualificar o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde. Nesse sentido, a forma como os centros transplantadores estão distribuídos regionalmente e as características epidemiológicas devem ser analisadas para a garantia da ampliação da assistência em transplante no País.

Constatam-se implicações da referida desigualdade regional na realização de transplante de órgãos no Brasil. Como consequência, muitos usuários se deslocam para outros estados em busca do tratamento, permanecendo por longo período antes e após o transplante. Isso implica gastos e distanciamento dos vínculos familiares e comunitários.

Pesquisas acerca do tema revelam que muitas das doenças que incidem nas insuficiências renal, hepática, cardíaca, pancreática e pulmonar resultam das fragilidades da atenção básica em saúde. Ressaltam-se, inclusive, as repercussões dos determinantes sociais do processo saúde-doença (MARINHO, 2006).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de ampliação dos investimentos e da capacitação de equipes transplantadoras em todas as regiões do Brasil, a fim de minimizar as desigualdades no acesso à assistência em transplante no País. Na perspectiva da integralidade, há de se considerar que as políticas de saúde contemplem ações de prevenção, promoção e proteção da saúde da população.

Considerando a complexidade do tratamento, a necessidade de acompanhante, gastos com moradia, transporte, medicação não disponibilizada pelo SUS, entre outros, reconhece que referidos aspectos constituem determinantes que impactam na condição de adesão ao tratamento. Esses fatores denotam a importância de equipes multiprofissionais que atuem de maneira integral, com vistas a garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde e à rede de apoio. Nesse sentido, o capítulo seguinte propõe discutir a Residência Multiprofissional e suas implicações na área de concentração da assistência em transplante, com enfoque na prática interdisciplinar do assistente social.

3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Este capítulo tem como objetivo possibilitar a discussão acerca da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), considerada como uma proposta voltada para a formação em serviço na área da saúde, sob a égide da interdisciplinaridade, congregando diversas categorias profissionais. Essa modalidade de ensino emerge num cenário conflituoso, em que a proposta de uma política de saúde pautada no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e na criação do Sistema Único de Saúde é impactada pela política de ajuste neoliberal com ênfase no modelo de assistência médico assistencial e privatista.

Inicialmente, procede-se a uma abordagem sobre a RMS a partir de um recorte histórico relativo às primeiras experiências dessa modalidade de ensino, a qual, desde sua gênese, tem promovido uma diversidade de discursos caracterizados, ora pelo caráter institucional, ora pela defesa de uma formação pautada na interdisciplinaridade, exigindo um profissional com competência técnica, crítica e propositiva diante das contradições inerentes à prática cotidiana no campo da saúde.

Num segundo momento, discute-se a interdisciplinaridade, a partir dos autores que buscam compreender o tema, considerando a centralidade que ele assume nas últimas décadas, como possibilidade de romper com o paradigma da ciência moderna, caracterizado pela supremacia da especialização, resultando na fragmentação do saber.

Essa segmentação se apresenta de maneira complexa no âmbito da saúde, compreendendo o aspecto biológico e social; o indivíduo e a comunidade; a política social e econômica, delineando um cenário de correlação de forças em que o saber se transforma em poder. Trata-se de buscar compreender a dimensão social do processo saúde/doença numa perspectiva histórica-social e cultural dos indivíduos e grupos (VILELA; MENDES, 2003).

Para consecução dos objetivos propostos, trata-se da inserção dos assistentes sociais na RMS e da construção dos processos de trabalho desses profissionais na área da saúde sob a ótica da interdisciplinaridade, norteados ética e politicamente pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira e pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

3.1 A Residência Multiprofissional em Saúde: uma proposta de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde

Um breve histórico sobre a modalidade de ensino definida como Residência concorre para identificar a origem dessa denominação com base nos significados associados ao referido termo, entre os quais se destaca o de “casa ou lugar onde se reside”.⁵ Assim, como os primeiros programas de residência foram criados em instituições hospitalares, o candidato a residente deveria atender ao critério de dedicação exclusiva ao hospital, residindo na instituição em que o programa era desenvolvido, dentro do regime de internato.

A Residência Médica é pioneira nessa modalidade de ensino em serviço, inaugurada nos Estados Unidos da América (EUA), em 1879, por meio do programa criado no Hospital John Hopkins pelos professores Osler e Hausend, os quais: “[...] iniciam uma programação destinada ao ‘adestramento de médicos após a graduação’” (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010, p. 24-25). No Brasil, a Residência Médica data da década de 1940. Os primeiros programas têm início na Universidade de São Paulo (USP), em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, fortemente influenciados pelo modelo americano, focado no “treinamento de habilidades técnicas” nas instituições hospitalares (LÁZARO, 2005).

Nesse período emergem também as Residências de Enfermagem, as quais, segundo Lima e Porto (1977), são motivadas pelo sucesso da Residência Médica, com características semelhantes aos referidos Programas. A Residência em Enfermagem, após surgir nos EUA, é disseminada para outros países e, no Brasil, a primeira Residência em Enfermagem surge em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, à época sem regulamentação (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010, p. 26).

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), de acordo os referidos autores, tem como um de seus principais idealizadores o médico Ellis Busnello, o qual, após concluir o mestrado nos EUA, traz para o Brasil o modelo de atenção em saúde americano, “o médico do quarteirão”. Tratava-se de romper com o atendimento centrado no binômio médico-enfermeiro, enfatizando a importância da “equipe” no gerenciamento e na prática em saúde.

No Brasil, a RMS tem como referência o Programa em Saúde Comunitária do Centro de Saúde Escola São José do Murialdo, em Porto Alegre, criado na Escola de Saúde

⁵ Ferreira e Olschowsky (2010) fazem uma abordagem histórica sobre a RMS.

Pública, do Rio Grande do Sul (ESP/RS), no ano de 1976. Ressalta-se que, após dois anos, esse programa se torna multiprofissional, congregando enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e médicos veterinários (CECCIM; ARMANI, 2001).⁶ Denota-se a importância desse programa pela inovação no que se refere à valorização do trabalho em equipe multiprofissional, à ampliação do cuidado voltado à saúde da população, superando o caráter do cuidado e da assistência centrado no cuidado médico (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Considerando que os programas de residência médica e multiprofissional são fenômenos sociais e como tais precisam ser apreendidos, associados ao contexto histórico em que estão inseridos, é importante relacionar os processos de construção desses programas aos fatores políticos e socioeconômicos que caracterizam esse percurso e repercutem nas políticas sociais, entre elas a de saúde.

Em relação à Residência Médica, na década de 1960, o setor de saúde intensifica o uso de tecnologia especializada, aliado ao acúmulo do capital no setor, à competitividade na área e à incipiente oferta de treinamento prático em universidades. Esses fatores são considerados determinantes no delineamento do cenário favorável para a regulamentação e expansão da Residência Médica por meio da Lei nº 80.281/1977 (CLOSS, 2013).

Dessa forma, o reconhecimento social da necessidade de novas práticas de atenção à saúde – manifestada principalmente pela parcela da população usuária do SUS – propiciou ao governo incorporar não apenas o discurso, mas a implantação de estratégias que contemplem mudanças no âmbito da assistência e da gestão, na construção de processos orientados pela defesa do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), implicando no “empoderamento”⁷ da população, com vistas à promoção da saúde. Assim, imprimir novas práticas impõe a necessidade de formar profissionais em conformidade com a política de saúde, os princípios do SUS, a realidade da população e suas necessidades no âmbito da saúde (CECCIM, 2005; CLOSS, 2012; ROSA; LOPES, 2010).

⁶ Closs (2013), ao destacar a expansão dos programas de RMS, cita como exemplos: a Escola Nacional de Saúde Pública e a Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul (Murialdo), o programa das Universidades Federais da Bahia, Paraíba e Pernambuco, a Santa Casa de São Paulo, a Faculdade de Medicina de Petrópolis e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁷ Neste estudo, com base nas análises de Baqueiro (2012), considera-se a perspectiva de Freire e Shor (1986), o qual conceitua o “empoderamento” como processo e resultado, podendo ser concebido como emergindo de um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade pessoal e social e possibilitando a transformação de relações sociais de poder.

Conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, no Art. 200-III, compete ao Sistema Único de Saúde, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988).

Segundo Ceccim (2005, p. 162), a educação permanente no campo da saúde abrange o “[...] desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais” contemplando o processo pedagógico, norteado pela problematização da realidade. Na compreensão de Libâneo (2002), a educação constitui uma estratégia de luta para a transformação social. Sob esse prisma, a educação permanente expressa uma aproximação com o Serviço Social, no que tange à dimensão formativa vivenciada no contexto de trabalho dos assistentes sociais (FERNANDES, 2008).

Nesse horizonte, observa-se na formação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde uma organização que atende à concepção pedagógica que a fundamenta. Portanto, afirma-se que a Residência, como proposta de formação, pode “[...] constituir-se como um espaço significativo para projetos contra-hegemônicos que buscam uma transformação de práticas, a partir da reflexão crítica da realidade.” (VARGAS; BELLINI, 2012, p. 70).

O Programa de Residência afeta o cotidiano dos serviços de saúde e o trabalho do assistente social, uma vez que articula a experiência prática e os debates teóricos em espaços de discussão de conhecimentos. Nesse contexto, o trabalho constitui-se em um espaço de natureza formativa, em que ocorre a socialização dos conhecimentos que sedimentam o projeto ético-político do Serviço Social. Portanto, o profissional participa da formação pelo cotidiano de práticas no mundo do trabalho.

Contudo, o trabalho, na sociabilidade capitalista, é transformado em valor de troca (ANTUNES, 1999) e o trabalhador, no campo da saúde, vivencia o impacto dessa influência. Dessa forma, constata-se a tensão e a disputa entre projetos divergentes na área da saúde, considerando a proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e do processo de trabalho dos Assistentes Sociais nele inseridos.

A formação dos Assistentes Sociais é influenciada pela contrarreforma da educação superior, haja vista que o ensino é mercantilizado, e descaracterizado as diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 1996), construídas coletivamente e embasadas no projeto ético-político. Nesse sentido, verifica-se uma simplificação dessas diretrizes curriculares pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), resultando em um projeto de formação reduzido, mais flexível, atendendo às necessidades do mercado, e na precarização do ensino.

A forma como os programas de Residência Multiprofissional em Saúde são acomodados⁸ demonstra que, embora estivessem previstos no arcabouço jurídico do SUS, a formação em serviço os antecede. Todavia, é na contemporaneidade que essa modalidade de ensino assume o estatuto de política contando com normatização específica decorrente de processos de mobilização (CLOSS, 2013).

A formação de profissionais envolvidos diretamente na assistência em saúde tem representado um dos grandes desafios da Política de Saúde Pública. Nesse sentido, desde 2002 o Ministério da Saúde vem declarando apoiar as Residências Multiprofissionais (RMS) por meio do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) e da parceria com o Ministério da Educação (MEC).

O arcabouço jurídico da Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde se encontra na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Essa modalidade de formação em serviço é norteadada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde em conformidade com as demandas e realidades locais e regionais (BRASIL, 2005a).⁹

A Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, institui o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, instituída e coordenada conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a qual tem como principais atribuições avaliar e acreditar os programas de Residência (BRASIL, 2009).

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde¹⁰ representam uma modalidade de formação pós-graduada *lato sensu*, com carga horária que varia entre 40 e 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos. Nesse sentido, objetiva fortalecer a lógica pública na formação e no trabalho em saúde sob a supervisão técnico-profissional, cujas atividades devem contemplar os eixos do ensino, da pesquisa e da extensão a partir das necessidades e realidades locais e regionais (CLOSS, 2013).

⁸ As residências em saúde podem ser organizadas na modalidade de área específica e multiprofissional, contemplando no mínimo três profissões da saúde.

⁹ No entanto, vale destacar que a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, aparece entre as proposições que instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem) e a Residência em área Profissional de Saúde é citada somente no Art. 13 do mesmo dispositivo legal (CLOSS, 2013; ROSA; LOPES, 2010).

¹⁰ Em conformidade com a Resolução CNRMS nº 02, 13 de abril de 2012, caracteriza-se como Residência Multiprofissional em Saúde o programa que for constituído por, no mínimo, 3 (três) profissões da saúde. Já a Residência em Área Profissional da Saúde se caracteriza por ser constituída somente por uma profissão da saúde.

Em consonância com a resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a RMS contempla as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O arcabouço jurídico do SUS, no que se refere à formação de recursos humanos, representa uma inovação, abrangendo todos os níveis de educação, a formação técnica, graduada, pós-graduada, permanente, a especialização em serviço e pesquisa. Sob esse aspecto, os serviços de saúde tornam-se espaços de produção teórico-prática destinados à construção de um novo modelo de assistência. Contudo, a materialização da legislação constitui-se num processo contínuo, comprometido com a formação dos profissionais, qualificados tecnicamente e capazes de problematizar o contexto nos quais estão inseridos numa perspectiva crítica e propositiva (CLOSS, 2012).

Rosa e Lopes (2010) destacam o papel fundamental da universidade no que concerne à formação dos profissionais, principalmente nas áreas relacionadas à saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) determinam que os cursos de graduação em saúde devem considerar os eixos relativos ao sistema de saúde vigente, ao trabalho em equipe e à atenção integral à saúde. Porém, no cotidiano dos serviços presenciam-se práticas em que predomina a visão tecnicista focada no indivíduo. Nesse contexto, as autoras elencam três eixos que precisam ser superados para a efetivação da proposta da RMS como programa de cooperação intersetorial:

- 1) a cultura instituída para a negação do SUS e a mercantilização do sistema de saúde sustentada por grupos da elite conservadora; 2) a própria luta com a corporação médica com discursos, quase exclusivos, contra a proposta da residência para outros profissionais não médicos; 3) o “jogo” de interesses dos Ministérios da Saúde e da Educação para a formulação de políticas públicas. (ROSA; LOPES, 2010, p. 487).

Em relação ao primeiro eixo, as autoras ressaltam que as políticas de saúde, a partir da década de 1980 e do início da década de 1990, caracterizam-se pelo confronto entre o projeto da RSB, materializado na Constituição Federal de 1988, e o avanço das propostas de orientação neoliberal. Trata-se da convivência entre um projeto democrático que amplia o conceito de saúde, considerando-o como um direito universal que tem na política de Atenção Básica uma das principais portas de entrada do sistema, e a corrente neoliberal, fundamentada na concepção de saúde como mercadoria, propõe um modelo de atenção em saúde cada vez mais fragmentado e especializado.

No tocante à hegemonia da corporação médica, denota-se que, apesar das conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, a formação profissional continua sendo norteada pelo Relatório Flexer¹¹, implicando no paradigma da biomedicina, centrado no modelo hospitalocêntrico¹², com predomínio de práticas médicas curativas. De acordo com Carvalho (2005), esse processo tem comprometido a implementação eficaz do SUS diante dos interesses privados e mecanismos gerenciais e financeiros que dificultam a sua racionalização.

Nesse contexto, Ceccim (2009) considera que o surgimento da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) propõe a formação de um profissional que desenvolva práticas em equipe a partir de uma abordagem biopsicossocial no que se refere à assistência integral ao usuário.

Consoante preconiza Ceccim (2009, p. 233), o pensamento das entidades médicas revela uma “discursividade” pública, argumentando contra a instituição da RMS: “O que legitimaria um saber-poder sobre a saúde em desacordo com a integralidade?” A esse respeito, Rosa e Lopes (2010) assinalam o aspecto histórico e cultural no processo de legitimação da medicina e, conseqüentemente, da centralidade do profissional médico predominante na construção de políticas de intervenção na saúde, produção do conhecimento, concepção do processo saúde-doença e no poder de ação sobre o sujeito “paciente”.

Em face dessa realidade contraditória, na qual se desenvolve a prática cotidiana como assistente social, presenciou-se esse estranhamento quando da implantação da Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC), uma vez que “residência”, que era termo “restrito” à especialização da categoria médica, agora também designava a formação de outros profissionais até então coadjuvantes no campo da saúde. As discussões iniciais sobre o tema frequentemente apontavam a associação da Residência Multiprofissional à residência médica, ou à presença desse profissional.

Ao se deter sobre a invenção da residência multiprofissional, Dallegrave (2009), fundamentando-se em Foucault (1989), aborda o “poder-saber” do profissional médico na saúde, assinalando: o poder “Como algo vivo, em movimento, [...] só existe em ato e produz efeitos importantes nas sociedades conforme seus regimes de verdade, ou seja, aquilo que a

¹¹ O Relatório Flexer foi publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, introduzindo um novo paradigma no âmbito das ações em saúde, caracterizado pela visão do corpo como uma máquina, pelo biologismo, centrado no objeto individual da saúde, desconsiderando os determinantes sociais, especialização, tecnificação do ato médico e curativismo, compreendendo a saúde como ausência de doença (MENDES, 1996)

¹² Esse modelo de atenção à saúde se destaca a partir da década de 1940, quando a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimento e a ‘atenção à saúde’ foi se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Baseado no paradigma que organizou o ensino e o trabalho médico, esse modelo foi um dos responsáveis pela fragmentação e pela hierarquização do processo de trabalho em saúde e pela proliferação das especialidades médicas (BRAVO, 2011).

sociedade autoriza a circular como um saber.” (FOUCAULT, 1989 *apud* DALLEGRAVE, 2009, p. 214).

Dessa forma, a autora defende que a instituição legal das Residências Multiprofissionais em Saúde demonstrou a dimensão da inclusão, no que se refere à inserção de outras categorias profissionais: “Toda e qualquer invenção pressupõe que ainda não há lugar definido para aquela coisa, é preciso desestabilizar uma ordem já reconhecida socialmente para que a invenção possa ter seu espaço”. Como discurso, a RMS mantinha-se na “marginalidade”; como política ou lei, torna-se uma potencialidade divergente do instituído (DELLEGRAVE, 2009, p. 215).

No que se concerne ao “jogo de interesses”, Rosa e Lopes (2010) apontam a “luta e/ou a parceria” entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o que denota o cenário de embate e disputas que envolvem o campo da saúde. Nessa ambiência, as autoras destacam a importância do Pacto pela Saúde, ocorrido em 2006¹³, com o objetivo de superar as dificuldades apontadas pelos gestores do SUS por meio do compromisso entre eles e a população.

No que se refere à Residência Multiprofissional, ressalta-se que o Programa “Bolsas para a Educação pelo Trabalho” é resultado da parceria entre os dois referidos Ministérios, amparado legalmente na Lei nº 11.129/2005- art. 15 e na Portaria GM/MS nº 1.111/2005 (BRASIL, 2005a).

Considerando o momento histórico de institucionalização do SUS, apesar dos embates políticos, diversas são as conquistas na área da saúde. Entretanto, o desenvolvimento de políticas e programas comprometidos com os princípios do SUS e com a expansão qualificada da formação em serviço ainda não superou a racionalidade da contrarreforma do Estado¹⁴.

Na contemporaneidade, ainda predominam o subfinanciamento e a precarização das políticas sociais, e da gestão dos recursos humanos, resultados do avanço do modelo

¹³ Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas para consolidação do SUS, os gestores do Sistema assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS seja dada ênfase nas necessidades de saúde da população, e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Anexo I) (BRASIL, 2006b).

¹⁴ A expressão “Reforma” remonta a ações de melhorias das condições de vida da população. Assim, o discurso neoliberal lançou mão do termo Reforma do Estado a fim de gerar a aceitação por parte da sociedade, legitimando as transformações promovidas na relação do Estado com a Sociedade no âmbito do projeto neoliberal. No entanto, para os estudiosos do tema, o discurso da Reforma do Estado defendida como estratégia do neoliberalismo tem significado uma contrarreforma de caráter conservador e regressivo, esvaziando as diversas conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas.

biomédico, da descaracterização das conquistas da RSB, materializadas no SUS, restringindo a concepção da saúde como direito, naturalizando o sofrimento (CLOSS, 2013). Sobre esse aspecto, Iamamoto (2008, p. 255) afirma que:

A reestruturação produtiva, a radicalização do projeto (neo) liberal e a reestruturação do Estado no contexto do capital transnacionalizado, instauradas na contratendência da crise, impulsionam a generalização das relações mercantis às mais recônditas esferas da vida social. Afetam transversalmente a organização societária, a divisão do trabalho social, os direitos sociais e a constituição dos sujeitos; redimensionam funções e atribuições profissionais, como as relações sociais e os específicos processos de trabalho por meio dos quais se realizam a produção e a distribuição de bens e serviços.

Nesse contexto, a RMS constitui-se numa arena conflituosa e desafiadora, apresentando períodos de expansão e retrocessos, estes últimos tendo como principal determinante o corte no financiamento para os programas de “residências não médicas”, decorrente da orientação dos órgãos governamentais que transformaram as Residências em Medicina Preventiva e Social em Residência Geral Comunitária (CLOSS, 2013, p. 55).

Na atualidade, o crescimento de programas de RMS apresenta um avanço considerável no número de Programas de Residências Multiprofissionais. Em relação à cartografia dos programas de RMS, em pesquisa realizada por Closs (2013), identificou-se que a distribuição ocorre de maneira concentrada nas Regiões Sudeste (206 vagas) e no Sul (171 vagas), seguidas da Região Nordeste, com 125 vagas, e da Norte, com apenas 14 vagas.

A autora ressalta ainda que, entre os estados com RMS financiadas pelo Ministério, ganham destaque: São Paulo, com 107; Minas Gerais, com 99; Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com 79 cada, e a Bahia, com 64. No que se refere às vagas por categorias profissionais, a Enfermagem concentra 152 vagas; a Medicina, 66; e o Serviço Social, 56.

No Estado do Ceará, a Residência Multiprofissional de Sobral – CE, criada na década de 1990, é pioneira nessa modalidade de ensino. A respeito dessa temática, Barreto (2014)¹⁵ relata que a implementação do referido programa enfrentou desafios, entre os quais se destacam: o descompasso entre a estrutura da Secretaria de Saúde de Sobral e os preceitos legais do SUS; a atenção à saúde centrada nos serviços hospitalares; entre outros.

O Programa de Educação Continuada em Saúde de Sobral – CE teve início em 1997. Segundo Barreto (2014, p. 18), “O caminho foi norteado pela busca da práxis e na literatura especializada em saúde coletiva/ saúde pública”. A primeira turma formou-se em 1999 e, em 2001, foi criada a Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral

¹⁵ Ivana Barreto (2014), superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará. Sistema Saúde Escola: uma nova realidade para a educação permanente em saúde no Ceará e no Brasil.

(EFSFVS).¹⁶ Inicialmente, o Programa contava com profissionais da área da saúde, inclusive com a participação de profissionais médicos. Contudo, em razão do posicionamento de associações e conselhos de medicina e de outras profissões da saúde que não compreenderam ainda a importância da colaboração interprofissional, deu-se a separação entre residência médica e multiprofissional (BARRETO, 2014).

Na história recente do Ceará, ocorreu a ampliação dos programas de Residência Multiprofissional, entre os quais se elenca o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), coordenado pela Escola de Saúde Pública do Ceará, e o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI), do HUWC/UFC, criado em 2010.

A Secretaria de Saúde do Ceará, em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP/CE), como instituição formadora, tem investido na interiorização dessa modalidade de ensino por meio dos Programas de Residência Integrada em Saúde (RIS), constituída por dois componentes: 1) o comunitário, com ênfase em saúde da família, saúde mental coletiva e saúde coletiva, abrangendo 9 municípios e as 22 coordenadorias Regionais de Saúde¹⁷; 2) o componente hospitalar com ênfase em enfermagem obstétrica, neonatologia, pediatria, neurologia e neurocirurgia, cardiopneumologia, infectologia, urgência e emergência, e cancerologia¹⁸.

Concernente à Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da Universidade Federal do Ceará (Resmulti/UFC), ela tem como espaço de atuação o Complexo Hospitalar da UFC, que congrega o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). A Resmulti compreende seis áreas de concentração: onco-hematologia, terapia intensiva, saúde da mulher e da criança, assistência em transplante, diabetes e saúde mental, congregando as seguintes áreas profissionais: Serviço Social, Farmácia, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Nutrição.

¹⁶ A Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral (EFSSFVS) consolidou-se nacionalmente como instituição integrante da Rede Nacional de Escolas de Saúde Pública e da Rede de Escolas Técnicas do SUS. Sistema Saúde Escola: uma nova realidade para a educação permanente em saúde no Ceará e no Brasil (BARRETO, 2014).

¹⁷ Entre os municípios, estão: Aracati, Arneiroz, Aquiraz, Brejo Santo, Camocim, Catarina, Canindé, Crateús, Eusébio, Fortaleza, Horizonte, Icapuí, Iguatu, Maracanaú, Maranguape, Quixadá e Tauá.

¹⁸ O componente hospitalar da RIS tem como cenários de prática o Hospital Haroldo Juçaba-Instituto do Câncer do Ceará (ICC), Instituto Dr. José Frota (IJF), Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral César Cals (HGCC), Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ).

Todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde dos HUs da UFC são autorizados pelo MEC, sendo que cada programa tem um número de cadastro no Sistema da Comissão Nacional. A Resmulti conta com a participação de profissionais que atuam no campo do ensino, denominado docente-assistencial, os quais organizam o Projeto Político Pedagógico. Em relação às disciplinas específicas do Serviço Social, além de profissionais com vínculo institucional, professores da UECE e de outras instituições são convidados a ministrar aulas. Ressalta-se que a UFC não oferta o curso de graduação em Serviço Social e que os docentes assistenciais, preceptores e tutores não têm remuneração.

Desde a sua implantação, em 2010, até 2014, o programa de Residência Multiprofissional do Complexo Hospitalar já formou 45 profissionais, entre os quais cinco assistentes sociais. Atualmente, o HUWC/UFC, *locus* da pesquisa, conta com cinco residentes, três na assistência em transplante e duas na saúde mental.

De acordo com o Projeto Pedagógico da Resmulti, a Universidade Federal do Ceará (UFC) se apresenta como instituição formadora, financiadora e beneficiária, na qual o Complexo Hospitalar (CH/UFC) compreende o principal cenário de prática, cuja missão institucional abrange “desenvolver e promover o ensino, a pesquisa e as atenções terciária e quaternária à saúde, com responsabilidade social, integrados ao modelo de saúde vigente”. A MEAC/UFC caracteriza-se ainda pela assistência especializada e terciária centrada na saúde da mulher e da criança.

Na perspectiva de garantir a formação de maneira articulada aos diversos níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, a UFC estabeleceu parcerias com diversas instituições: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Messejana), Instituto Dr. José Frota (IJF), Hospital Haroldo Juaçaba – Instituto do Câncer do Ceará.

Nesse sentido, a proposta pedagógica da Resmulti/UFC está em consonância com o Plano da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, tendo suas áreas de concentração definidas em conformidade com a diversidade do Estado, a dinâmica das especificidades e heterogeneidades *loco-regionais*, elencando como áreas de ênfase aspectos assistenciais importantes para o Estado e o Município.

O programa vincula-se à formação de um profissional comprometido com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e os princípios do SUS, em um complexo

cenário de disputas entre projetos societários distintos e na heterogeneidade de diversos saberes.

Com arrimo no programa de Residência Multiprofissional, destaca-se a compreensão do contexto em que são delineadas as políticas públicas, entre as quais a saúde, na perspectiva macro e intrainstitucional. Sob esse prisma, o Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC tem como um de seus objetivos estabelecer a relação com o programa de residência médica e outros programas de residência, tendo como princípios:

[...] a formação de um profissional generalista e humanista, ético, comprometido com a Universidade na melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e extensão e prestação de serviços à comunidade; a matriz curricular integrada e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente prática e teoria, trabalho e ensino, ensino e comunidade, por meio da integração dos conteúdos e das disciplinas. A vivência, a observação e a reflexão sobre problemas extraídos da realidade irão despertar o interesse para os temas estudados. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 12).

Nesse contexto, apreender as especificidades do trabalho em saúde corrobora a construção de processos de formação que considerem essas particularidades. Trata-se de articular e consolidar os setores da educação e da saúde, considerando que a formação dos profissionais que atuam na referida área ainda se encontra influenciada pelo modelo hegemônico médico-assistencial e privatista de saúde. Assim, deve-se fortalecer uma “contratendência” norteada pelos princípios da RSB, reafirmando a saúde como direito social (CLOSS, 2012).

Concorda-se com Closs (2012) no que se refere à importância da Residência Multiprofissional como uma maneira de “dialogar e contribuir com a afirmação da integralidade”, nos níveis de atenção do SUS e da gestão em saúde. Sob esse aspecto, a interdisciplinaridade torna-se o eixo que integra os diversos saberes e práticas no âmbito da saúde, como dimensão cooperativa entre esses profissionais, superando a fragmentação provocada pela divisão social e técnica do trabalho.

Diante da dinâmica complexa que envolve o trabalho na saúde, a construção de processos de trabalho coletivos que congregam as especificidades de cada profissão tem sido um desafio constante. Nesse sentido, aborda-se a interdisciplinaridade como processo e movimento de sínteses e totalizações provisórias na apreensão da realidade, exigindo práticas com base na integração dos saberes e competências compartilhadas (CLOSS, 2012).

3.2 A efetivação de uma nova formação interdisciplinar: o diálogo entre as práticas profissionais

A interdisciplinaridade assume destaque nas reflexões sobre a prática no campo da saúde, configurando-se um desafio sob o aspecto epistemológico, pedagógico e na construção de processos de trabalho, contrapondo-se ao paradigma da ciência moderna e sua racionalidade positivista. No entanto, os estudos na área demonstram que ainda não há um consenso conceitual que represente epistemólogos, filósofos e educadores. Nesse contexto, propõe-se discutir a interdisciplinaridade e as práticas a ela relacionadas a partir dos pensamentos de autores referência no assunto.

Vilela e Mendes (2003) afirmam que a busca por saber unitário antecede a idade moderna. Historicamente, remonta ao homem pré-histórico, representado no mito da caverna, na ideia de cosmos dos gregos e na crença de um deus criador na Idade Média. As autoras apontam ainda o movimento iluminista do século XVIII, em que é construída uma postura intelectual que se contrapõe ao dogma religioso e à tradição. Porém, é no século XVII, com a afirmação da ciência moderna e do pensamento cartesiano, que se inaugura a consolidação das especializações como uma maneira de conceber o homem e o mundo e, conseqüentemente, o retrocesso da perspectiva interdisciplinar.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade retorna no século XX, no final da década de 1950, na Europa, tendo como um dos precursores Jean Piaget, o qual investigou os limites da ciência moderna e a possibilidade de uma teoria da interdisciplinaridade, criando o conceito da transdisciplinaridade. Georges Gusdorf, outro expoente nos estudos da interdisciplinaridade, foi o primeiro a sistematizar trabalhos sobre o tema (FAZENDA, 2011; FURTADO, 2007).

No Brasil, os pesquisadores Hilton Japiassu e Ivani Fazenda são considerados os pioneiros nos estudos acerca da interdisciplinaridade, cujas análises têm subsidiados outros autores, seja para contrapor as ideias deles ou para compartilhar delas. Japiassu, durante o doutorado em Paris, conviveu com Piaget e foi fortemente influenciado por Gusdorf, que prefaciou uma de suas principais obras, *Interdisciplinaridade e patologia do saber* (1976), considerada um marco para a inclusão do tema no país (FURTADO, 2007).

Japiassu (1976) trata a fragmentação do conhecimento como uma patologia, sendo a “interdisciplinarização”, além de uma exigência, um “sintoma da situação patológica”. Diversas são as expressões usadas pelo autor, associando a dissociação do saber à “doença”: O crescimento de especializações gerou uma “inteligência esfacelada”, transformando o

“saber em migalhas”; “diagnosticar o mal”; “o interdisciplinar é o remédio adequado à cancerização ou à patologia geral do saber”, entre outros.

Nesse sentido, Japiassu (1976), relaciona o desequilíbrio do mundo à questão epistemológica, defendendo a importância de uma nova concepção do conhecimento e uma metodologia interdisciplinar, embora reconheça a dificuldade de defini-la. Por essa razão, uma definição do termo interdisciplinar pressupõe considerar que disciplina e disciplinaridade expressam “Uma progressiva exploração científica especializada numa certa área ou domínio homogêneo de estudo.” (JAPIASSU, 1976, p. 61). Logo, a interdisciplinaridade implicaria a interação de disciplinas¹⁹.

Em consonância com as ideias de Japiassu (1976) e Fazenda (2011), destacam-se as pesquisas sobre a interdisciplinaridade na educação, conceituando-a como “uma prática que não se ensina, nem se aprende, apenas se vive, exerce-se”. A autora também faz referência à dificuldade de se elaborar um conceito definitivo da interdisciplinaridade, considerado como “[...] um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma.” (FAZENDA, 2011, p. 51).

Com vistas a esclarecer a gênese do conceito de interdisciplinaridade, Fazenda (2011) analisa os pressupostos dos estudiosos como Michaud, Jantsch, Heckhausen e Boisot, apresentados no documento da OCDE²⁰, em 1970. Coadunando-se com Japiassu (1976) e Fazenda (2011), assinalam as variações no que se refere à denominação, ao conteúdo e à prática. Dessa forma, mantêm-se os conceitos recorrentes na literatura especializada: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, assinalando a existência de uma gradação estabelecida nos níveis de cooperação e coordenação entre as disciplinas.

Ao refletir sobre a multi e pluridisciplinaridade, Fazenda (2011, p.70) destaca a integração de conteúdos em uma mesma disciplina:

Em nível de **multi** e de **pluridisciplinaridade**, expressa-se como uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa mesma disciplina, atingindo-se, quando muito, o nível de integração de métodos, teorias ou conhecimentos.

Conforme afirma Fazenda (2011), a interdisciplinaridade caracteriza-se pela relação de reciprocidade, de mutualidade, ou seja, um regime de copropriedade que contribui para o diálogo entre os interessados, dependendo basicamente de uma atitude. Ressalta-se que

¹⁹ Segundo Japiassu (1976, p. 61), disciplina é compreendida como sinônimo de ciência.

²⁰ OCDE: Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico, no campo da pesquisa e da inovação do ensino.

a colaboração entre as diversas disciplinas conduz a uma “interação”, a uma intersubjetividade como único caminho da efetivação de um trabalho interdisciplinar.

Mais uma vez consoante Fazenda (2011, p. 73), a interdisciplinaridade “Não é ciência, nem ciência das ciências, mas é o ponto de encontro entre o movimento de renovação da ‘atitude’ diante dos problemas de ensino e pesquisa e da aceleração do conhecimento científico.” A autora assevera que, além do esforço individual, a efetivação desse projeto exige o trabalho coletivo, considerando os projetos pessoais de vida:

A autora evidencia, portanto, a atitude interdisciplinar individual como fundamental para a disseminação do projeto interdisciplinar. Assim, uma conduta propositiva e criativa seria determinante na superação dos desafios de caráter material, pessoal, organizacional e gnosiológico (FAZENDA, 2011).

Saveli (1999) indaga acerca do aspecto subjetivo e a-histórico da interdisciplinaridade, ressaltando que a vontade individual não está dissociada de questões objetivas e que a fragmentação do conhecimento ocorre juntamente com a fragmentação do trabalho. A autora compara o entusiasmo de Fazenda (2011) sobre a interdisciplinaridade a uma “[...] postura holística, prenhe de religiosidade” (SAVELI, 1999, p. 211). Ferrari (2007) afirma que a associação da interdisciplinaridade a uma atitude individual concorre para o caráter intuitivo da prática, aspecto criticado por Fazenda (2011).

Ao refletir sobre interdisciplinaridade, Ferrari (2007) destaca os trabalhos de Jantsch e Bianchetti (2002), congregando autores que defendem a superação do aspecto a-histórico da filosofia do sujeito. Para a maioria dos pesquisadores, a fragmentação do saber não depende apenas da força interna do sujeito pensante que decide reverter o conhecimento fragmentado, por meio de uma atitude interdisciplinar. Dessa forma, a interdisciplinaridade não é uma necessidade e uma decisão do sujeito, mas uma imposição atual (FERRARI, 2007).

Considerando a perspectiva histórica, Santomé (1998) relaciona a interdisciplinaridade às transformações ocorridas no mundo do trabalho com a divisão sociotécnica, apontando o ensino interdisciplinar e o currículo integrado como alternativas ao modelo linear de organização dos conteúdos por disciplinas. Apesar de criticar o movimento em prol da interdisciplinaridade fundamentada em questões internalistas, a ênfase dada pelo autor a uma formação polivalente, preparando o cidadão para atender às demandas do mundo globalizado, põe em xeque a perspectiva de uma transformação social.

Em relação à diversidade de análises, Ferrari (2007) ressalta o posicionamento de autores que são convergentes no que se refere ao equilíbrio entre o que é apontado como ruim na fragmentação das especialidades e que os autores denominam de “falacioso, categórico e

romântico” em relação à defesa da interdisciplinaridade. Na percepção de alguns autores, não se deve afirmar a premissa de que a disciplinaridade representa uma patologia, desconsiderando os avanços do conhecimento humano em decorrência dela. Nesse sentido, tanto a disciplinaridade quanto a interdisciplinaridade atenderam a um determinado contexto histórico.

Pombo (2004) define a especialização como procedimento analítico da ciência moderna, do qual se originaram os conhecimentos e o bem-estar. Entretanto, ao considerar a especialização uma das características da ciência moderna, baseada na metodologia analítica delineada por Galileu e Descartes, a autora enfatiza o que denomina de fenômeno de “esquartejamento” da totalidade, afirmando que a ciência moderna argumenta que se pode separar para depois unir, partindo da ideia de que o todo é igual à soma das partes.

Consoante assevera a autora, não se pode deixar de mencionar os custos da especialização relativos ao próprio especialista “que se transforma numa criatura estranha, alguém que sabe cada vez mais acerca de cada vez menos”, bem como os custos do ponto de vista institucional, onde a especialização tem consequências. Nesse sentido, a ciência, na atualidade, transformou-se numa enorme “[...] organização dividida internamente por inúmeras comunidades de pares, cada uma com os seus congressos, as suas revistas, as suas bibliotecas, os seus territórios, os seus espaços institucionais, etc.” (POMBO, 2004, p. 6).

Nesse prisma, Minayo (2010, p. 4), ao abordar a segmentação dos saberes na modernidade, assinala:

[...] a visão interdisciplinar foi bastante devastada pelas concepções da Ciência Moderna a partir do século XIX, e a filosofia a de Descartes tem sido utilizada para referendá-la. O pensamento teórico moderno passou a valorizar a compartimentalização da Ciência, com o argumento de que é impossível estudar um tema da realidade em sua totalidade e que não existe nenhuma ciência capaz de dar conta do todo.

Ao refletir sobre a interdisciplinaridade, deve-se compreender o seu significado no que concerne a uma prática dialogada de saberes; haja vista que, no campo do conhecimento, observa-se a fragmentação das ciências e, “simultaneamente, exprime-se a nossa nostalgia de um saber unificado”. Trata-se de reconhecer que o todo não é a soma das partes e, portanto, a especialização precisa ser complementada ou substituída em algumas situações por uma abordagem interdisciplinar capaz de contemplar as configurações, os arranjos, as múltiplas dimensões que a ciência convoca para a investigação dos seus objetos de estudo (POMBO, 2004, p. 12).

Considerando a complexidade que envolve a interdisciplinaridade, os autores abordados expressam críticas e concordâncias sobre o tema. Pombo (2004) destaca que a dificuldade em definir o que é e como se faz a interdisciplinaridade tem relação com a ausência de intimidade com a palavra, a qual considera “agreste, desagradável, comprida demais”. A autora aponta também a dificuldade em determinar os limites entre as quatro palavras que apresentam aspectos semelhantes: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, resultando no uso delas para denominar uma diversidade de situações, promovendo a banalização desses termos.

De acordo com Ferrari (2007), a tendência moderna em segmentar e classificar o conhecimento demonstra o desafio que representa pensar interdisciplinarmente. Portanto, concorda-se com Pombo (2004) e Sá (2010), no que concerne às contribuições da ciência moderna, tanto no campo da produção científica quanto na prática cotidiana. Nessa perspectiva, os caminhos da interdisciplinaridade representam a superação de um enfoque positivista, ou seja: “A interdisciplinaridade não significa a defesa de um saber genérico, enciclopédico, eclético ou sincrético. Não se trata de substituir as especialidades por generalidades, nem o seu saber por um saber geral, sem especificações e delimitações.” (SÁ, 2010, p. 15).

Diante dessa realidade, a interdisciplinaridade expressa a socialização de conhecimento que sobrepuja o saber fragmentado. Sob essa ótica, Sá (2010) aponta que os processos educativos necessitam propor a construção de matrizes curriculares, pautadas na interdisciplinaridade, considerando a dimensão da contradição e da totalidade; caso contrário, ocorrerá uma aproximação estruturalista e unilateral da realidade.

Esse aspecto também é destacado por Severino (2010), o qual preconiza que a interdisciplinaridade é um conceito inacabado, implicando na construção de uma unicidade do saber seja no âmbito do ensino, da pesquisa ou da prática profissional. O autor assinala que o aspecto “pragmático” é intrínseco e constitutivo do conhecimento, presente desde as suas origens, conduzindo à necessidade de unicidade do saber.

A interdisciplinaridade é um tema denso e utilizado para subsidiar diversos estudos e práticas. Apesar de se identificarem na literatura críticas acerca do que Fazenda (2011) denominou de “movimento da interdisciplinaridade”, é inquestionável a contribuição de Japiassu (1976) e Fazenda (2011) no processo de repensar a ciência moderna, principalmente na área da educação. Para além das afirmações permeadas de entusiasmo, a interdisciplinaridade, seja nos aspectos epistemológico, curricular, pedagógico, histórico

social, entre outros, emerge em função dos limites postos pela fragmentação ou ausência de integração no âmbito das disciplinas curriculares e da pesquisa científica.

Nesse contexto, as discussões acerca da interdisciplinaridade são basilares quando se trata da formação de profissionais que atuam na área da saúde, a qual demanda uma compreensão ampliada do objeto saúde e doença em suas diversas manifestações sociais, emocionais, afetivas e biológicas. Consoante Furtado (2007), as peculiaridades do setor da saúde reconhecem a especialização em categorias e procedimentos determinantes para a fragmentação da atenção ao usuário, delineando um complexo cenário o qual tem como característica:

[...] a contínua superespecialização regida por órgãos influentes e externos aos serviços e cujo objeto de trabalho (sofrimento e morte) pode levar os trabalhadores a se protegerem por detrás de normas, protocolos e outros modos de cristalização dos papéis. (FURTADO, 2007, p. 251).

Nesse sentido, Minayo (1991) declara a importância da construção de uma proposta interdisciplinar no campo da saúde, a qual se configura como um desafio “possível e desejável” diante das inúmeras possibilidades a serem exploradas, haja vista “a relação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte.” Para Furtado (2007), a construção de práticas interdisciplinares na área da saúde representa demandas urgentes para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que se refere à integralidade da atenção, contemplando o indivíduo e a coletividade.

Sob esse prisma, o cenário atual exige uma concepção do conhecimento do processo saúde/doença que promova uma política de saúde norteadas pelo projeto da reforma sanitária em que a saúde assume o *status* de direito social. Portanto, emerge a necessidade de um projeto de formação para os profissionais que atuam na área da saúde capaz de superar a superespecialização incentivada pelas corporações e pelo mercado. Destarte, “[...] viver no mundo também é expressão do que foi experienciado nos processos de formação.” (SILVA; CABALLERO, 2010, p. 64).

Nessa perspectiva, os Programas de Residência Multiprofissional em saúde são uma modalidade de formação em serviço, cujo projeto pedagógico contempla os cenários de aprendizagem a partir de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

Consoante à Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), os programas de formação de

profissionais para o SUS devem contemplar os seguintes aspectos relacionados à dimensão pedagógica, de acordo com o Art. 5º - § 2º- IV:

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. (BRASIL, 2012b, p. 3).

No intuito de efetivar as práticas interdisciplinares, o Projeto Pedagógico do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde preconiza ações que fortalecem as trocas de conhecimentos, conforme Art. 5º, § 2º, V: “O PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde”.

A fragmentação do corpo em partes, a dicotomia entre corpo e mente implica numa medicina incapaz de apreender o humano em sua integralidade (PASINI; GUARECHI, 2010). Portanto, a atuação multiprofissional e interdisciplinar aponta a possibilidade de “integrar o que há tempo se encontra fragmentado” por meio do encontro educação-trabalho-saúde, com vistas a superar a fragmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde.

Na contemporaneidade, construir processos de trabalho pautados na interdisciplinaridade representa um compromisso ético-político do atual projeto de formação profissional do assistente social, o qual é demandado a atuar no espaço contraditório das políticas sociais, principalmente na área da saúde, em que a lógica neoliberal impõe um modelo de assistência norteado por leis de mercado.

As reflexões acerca da interdisciplinaridade denotam que ainda não existe um conceito nem um método definitivo. O que é e como se faz a interdisciplinaridade representa um desafio cotidiano no campo epistemológico, pedagógico e da prática social. Nesse sentido, a interdisciplinaridade neste estudo é considerada como diálogo situado a partir das diversas especialidades, seja no âmbito epistemológico, da pesquisa, da docência ou da prática profissional.

Acredita-se ser fundamental o debate teórico-crítico acerca das ações interdisciplinares em saúde, com vistas a promover o atendimento integral do usuário. Trata-se de um fazer que se contraponha ao distanciamento ocasionado por concepções positivistas do homem e do mundo, conhecedores do imenso caminho a ser percorrido em todos os ramos do conhecimento.

3.3 A atuação do Serviço Social na área da saúde e a inserção nos programas de Residência Multiprofissional

Discutir a inserção dos assistentes sociais na área da saúde prescinde de um breve resgate histórico acerca da institucionalização da profissão, que tem em sua gênese as contradições da expansão do modo de produção capitalista²¹ e o embate entre os capitalistas, detentores da riqueza, e os trabalhadores, cada vez mais destituídos de direitos e de cidadania. Nesse cenário, emerge e adensa-se a questão social, objeto de intervenção do assistente social, conforme Iamamoto (2009, p. 27):

A questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas. Suas expressões condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização.

A pesquisa sobre a gênese do serviço social tem como referência os estudos de Paulo Netto (1996), Castro (2000)²², Iamamoto e Carvalho (1998), cujas análises acerca do surgimento das primeiras Escolas de Serviço Social na América Latina e no Brasil não se restringem à identificação de um marco cronológico e geográfico, tampouco às influências europeia e norte-americana como um contínuo. No entanto, os autores buscam apreender as “protoformas” do serviço social no marco da sociedade capitalista e nas relações estabelecidas entre as dimensões política e social, econômica e cultural, bem como no vínculo com a Doutrina Social da Igreja Católica (Tomismo e Neotomismo) e a dinâmica em que essa Instituição se ajusta às demandas do capitalismo no continente latino-americano.

Em relação à influência europeia e norte-americana, Castro (2000, p. 34) assevera que a constituição do Serviço Social como profissão se fundamenta nas especificidades históricas em que ocorrem “[...] a formação dos Estados burgueses, as modalidades que a exploração da força de trabalho adquire, formas particulares de resistência e organização da classe operária, as camadas médias, etc”, na Europa, nos EUA e nos países latino-americanos.

²¹ De acordo com Iamamoto e Carvalho (1998, p. 73), o modo de produção capitalista designa o resultado global das relações de antagonismo: salário/capital, proletariado/burguesia. Essas relações sociais não entram na prática da sociedade, e da sociedade burguesa, a não ser através de *formas* que as sustentam e as mascaram [...] Esse resultado global compreende, portanto, as elaborações jurídicas das relações de produção, as relações de propriedade codificando as ideologias que ‘exprimem’ também, dissimulando as relações de antagonismo, as instituições políticas e culturais, a ciência, etc.

²² Manuel Manrique Castro é um autor peruano, cuja obra *História do Serviço Social na América Latina* é considerada uma referência no tema.

A influência da Igreja Católica²³ na formação e na construção de uma identidade profissional significou o “selo do apostolado”, que predominou durante décadas no exercício dos assistentes sociais, “deixando um forte vinco ideológico recolhidos nas formas mais apostólicas do exercício profissional” (CASTRO, 2000, p. 18). Ressalta-se que essa relação é consequência de como a Igreja Católica vai estabelecer suas relações com o Estado ao longo da história.

Nesse contexto, são criadas as primeiras escolas de serviço social na América Latina – no Chile, em 1925; no Brasil, em 1936; e, no Peru, em 1937. A emergência dessas escolas e posteriormente a instituição de universidades ocorrem sob a égide da contradição entre a classe dominante (a burguesia) e a classe trabalhadora, intensificando a questão social, a qual se torna objeto de intervenção do Estado, que passa a regulamentar o mercado de trabalho por meio de legislações trabalhistas e sociais e como gestor e organizador de serviços sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998).

Nesse sentido, as formas de tratar a questão social, as quais até então tinham como características a caridade e as ações filantrópicas exercidas principalmente pela Igreja e seu exército laico, assumem o caráter racionalizador da atividade das práticas assistenciais e da prestação dos serviços sociais, exigindo um profissional especializado, o assistente social (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998).

O processo histórico e contraditório da sociedade capitalista, as estratégias do Estado e da Igreja Católica são importantes no delineamento da concepção de homem, de mundo e da própria identidade profissional, impactando na maneira como os assistentes sociais irão estabelecer relações com os demais profissionais de outras categorias, as instituições demandantes e os usuários dos serviços sociais.

No Brasil, a consolidação do serviço social como profissão se dá no processo de ampliação das ações de controle do Estado junto à sociedade civil, bem como em organizações patrimoniais e privadas. O assistente social torna-se um dos profissionais que atuam na implementação de políticas sociais e na prestação de serviços sociais à população. Apesar de ser uma profissão regulamentada como liberal²⁴, a predominância do vínculo trabalhista do assistente social com instituições públicas e/o privadas permanece como uma de suas características na atualidade (BRAVO; MATOS, 2006).

²³ Sobre esse aspecto, Castro (2000) faz uma discussão aprofundada, destacando a influência das encíclicas papais *Rerum Novarum*, de 1893, e *Quadragesimo Anno*, de 1933.

²⁴ Portaria 35, de 19 de abril de 1949, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, inclui o Serviço Social no 14º grupo de profissionais liberais (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998).

No Brasil, o serviço social emerge sob a influência europeia, assim como ocorria em outros setores da sociedade desde a colonização. Inicialmente, a concentração dos assistentes sociais não ocorre no campo da saúde, embora a formação fosse norteadada por disciplinas relacionadas à referida área. É na década de 1940, com o avanço do capitalismo no país, associado às transformações no âmbito internacional, motivadas pelo final da Segunda Guerra Mundial e a influência norte-americana, que o campo da saúde aumenta a demanda por assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2006).

O surgimento do serviço social no Brasil e sua inserção na área da saúde têm relação intrínseca com o processo histórico-econômico e sua influência sobre a elaboração das políticas sociais, entre elas a da saúde. Sob esse prisma, apresentam-se os principais aspectos que caracterizam a profissão desde a criação das primeiras escolas na década de 1930, destacando o período pós-1964 como um período de reflexão teórico-metodológica da profissão, bem como o final da década de 1980, em que se dão a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e as demandas postas para a profissão no âmbito do SUS.

Nesse sentido, Lessa (2011) denota que, na área da saúde, o Serviço Social surge como profissão “subsidiária da ação médica” em meio à consolidação do modelo contemporâneo da instituição hospitalar. Nesse período, os assistentes sociais brasileiros passam a defender o modelo norte-americano como referência de intervenção profissional. Essa proposta tinha como foco uma abordagem de cunho psicológico, substituindo o julgamento moral “em relação à população-cliente”:

Em geral, (as doenças) trazem complicações psíquicas, sociais e econômicas que comprometem por muito tempo o equilíbrio da vida, senão de toda a família. Daí a necessidade da assistente social para auxiliar o médico, na sua função verdadeiramente humana de consolar quando cura apenas algumas vezes e alivia muitas outras. (LESSA, 2011, p. 81).

A elaboração pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, do que se denominou de um “novo” conceito de saúde com ênfase em aspectos biopsicossociais implicou na demanda de outros profissionais para atuar no setor da saúde, entre eles o assistente social (BRAVO; MATOS, 2006).

Os autores apontam ainda como fator determinante para a ampliação da inserção do serviço social na área da saúde a consolidação da Política Nacional de Saúde caracterizada pelo crescimento de investimentos destinados à assistência médica pela previdência social, unificando os Institutos de Previdência (IAP) por meio do Instituto Nacional de Previdência

Social (INPS). Outro aspecto importante nesse processo são as precárias condições de saúde da população, principalmente nos países periféricos, que se tornam determinantes para a elaboração de uma proposta de saúde racionalizadora, com ênfase em equipes multidisciplinares (BRAVO; MATOS, 2006).

Essa política apresenta um caráter excludente na assistência. A intervenção dos assistentes sociais, no referido período, tem um viés educativo e normatizador em relação à vida da “clientela”. Na unidade hospitalar, o assistente social se posiciona entre as demandas institucionais e da população por meio de ações como: plantão, triagem ou seleção, encaminhamentos para rede de apoio, concessão de benefícios e orientação previdenciária. As instituições hospitalares e ambulatoriais permanecem como campo principal de atuação também na década de 1950 para os assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2006).

No que concerne à predominância da atuação dos assistentes sociais nas unidades hospitalares, Bravo e Matos (2006) elencam as seguintes hipóteses: a primeira tem como cerne a ampliação da assistência médica hospitalar, exigindo profissionais capazes de intervir “na contradição entre a demanda e o caráter seletivo e excludente” dos serviços ofertados. A segunda se refere à incipiente influência da ideologia desenvolvimentista na prática profissional no campo da saúde. Enquanto, no Desenvolvimento de Comunidade (DC), o assistente social tem papel fundamental na participação da população junto às instituições e aos programas de saúde, no campo do Serviço Social Médico, o profissional pauta sua ação no indivíduo, ou seja, no Serviço Social de Casos.

A literatura especializada ressalta certa “inércia” até os anos de 1960 em relação o aporte teórico-metodológico conservador do serviço social. Todavia, presencia-se o início de reflexões e debates no âmbito das ciências sociais e humanas sobre as consequências da política de desenvolvimento econômico na América Latina, movimento que não obteve êxito em virtude do golpe militar de 1964, imobilizando os segmentos que defendiam a democratização do Estado. Nesse contexto, inicia-se um processo de renovação do serviço social a partir da racionalidade burocrática (BRAVO; MATOS, 2006).

No período pós-64 e na década de 1970, identifica-se um movimento de conservação e de proposição de ruptura com o serviço social tradicional.²⁵ Nesse contexto, a modernização conservadora, amparada teoricamente no estrutural-funcionalismo norte-americano, implicará na exigência de uma “renovação” do serviço social. No campo da

²⁵ Paulo Netto (1996) faz uma análise aprofundada do serviço social no Brasil pós-64. O autor enfoca o debate crítico no âmbito da profissão denominado de “movimento de reconceituação” a partir de 1965. Ele elenca três tendências no processo de renovação do serviço social no País: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

saúde, o caráter modernizador do serviço social consolida-se por meio da prática curativa, tendo como principais técnicas de intervenção: a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2006).

Os anos de 1980 são caracterizados pela mobilização social de movimentos sociais em face da conjuntura de crise política e econômica vivenciada aos níveis internacional e nacional. Nesse período, destacam-se os movimentos populares na área da saúde coletiva, culminando com o Movimento de Reforma Sanitária em defesa do fortalecimento do setor público; a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou avanços importantes em relação à saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Esses movimentos foram fundamentais para as conquistas nos âmbitos da seguridade social e da criação do SUS, consolidadas na Constituição de 1988 (BRAVO; MATOS, 2006).

A década de 1980 foi marcada pelo delineamento de novas concepções teórico-metodológicas, técnico-acadêmicas e políticas do serviço social. Os profissionais aproximam-se da teoria marxista, promovendo o debate a partir da renovação e da construção do projeto ético-político hegemônico.²⁶ Trata-se de um processo que acompanha o “movimento democrático e popular que tencionou a sociedade brasileira entre a derrota da ditadura e a promulgação da Constituição de 1988” (PIANA, 2009, p.106).

No que concerne ao serviço social na área da saúde, Bravo (2006) e Paulo Netto (1996) consideram que a renovação dele se deu de maneira endógena. Os profissionais comprometidos com o debate de ruptura do serviço social, em sua vertente tradicional, concentraram-se no meio universitário, o que resultou no hiato entre a profissão e a luta pela assistência pública na saúde.

Nessa perspectiva, o engajamento do serviço social no Movimento de Reforma Sanitária é considerado por Bravo e Matos (2006) como incipiente. No entanto, consoante Lessa (2011), a análise não pode ser generalizada. No Estado do Ceará, estudos apontam que uma grande parcela da categoria foi atuante no processo de construção do Sistema Único de Saúde.

A década de 1990 apresenta-se como um momento histórico caracterizado por mudanças de caráter político e econômico que incidem diretamente nas políticas públicas. Trata-se de tentativas de implantação do projeto neoliberal iniciado no governo de Fernando

²⁶ Os princípios norteadores desse projeto se desdobraram no Código de Ética do Assistente Social, de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social – Lei 8662/93 e na nova Proposta de Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social (BRASIL, 1993).

Collor de Mello e continuado no governo de Fernando Henrique Cardoso, cuja política de ajuste imprime um caráter racionalizador do Estado no que concerne às políticas públicas (BRAVO; MATOS, 2006).

Nesse cenário, no âmbito da política de saúde, o projeto médico-privatista ganha espaço em relação ao projeto da reforma sanitária. O desmonte do Estado e a precarização das políticas setoriais colocam-se como desafio ao projeto ético-político hegemônico do serviço social, exigindo uma postura profissional crítico-reflexiva, bem como a defesa de uma formação teórico-metodológica articulada com as diversas faces que a questão social assume na atualidade.

Na trilha das mudanças que implicam na redução de investimentos nas políticas setoriais, principal espaço de atuação do Serviço Social, torna-se imperativo considerar a dinâmica das instituições empregadoras. Os assistentes sociais desenvolvem suas ações como parte de um trabalho combinado ou cooperativo, bem como se relacionam com as múltiplas faces da questão social em conformidade com o recorte das políticas sociais estabelecidas pelas instituições em que se inserem, as quais definem também as prioridades (IAMAMOTO, 2008, p. 471).

As pesquisas advogam que a área da saúde concentra o maior número de assistentes sociais, demanda que se ampliou com a criação do SUS. No Ceará, um estudo realizado na década de 1990 mostra que 41% desses profissionais atuavam no referido campo²⁷. Conforme assevera Costa (2000), o crescimento do mercado de trabalho dos assistentes sociais nesse setor se deve tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho – cooperação vertical (diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia).

Em relação às ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, Lessa (2011) identificou a diversidade e a heterogeneidade como principais características das ações, implicando numa imprecisão acerca “do que é e do que faz o assistente social”. Essa realidade também é ressaltada por Costa (2000) numa pesquisa realizada junto aos assistentes sociais que atuam no campo da saúde no estado do Rio Grande do Norte.

Segundo preconizam os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS, 2010, p. 41), os assistentes sociais atuam em quatro eixos articulados entre si, quais sejam: “O atendimento direto aos usuários; mobilização; participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” O

²⁷ Os resultados detalhados da pesquisa são encontrados em: O perfil dos Assistentes Sociais frente às exigências do mercado de trabalho nos anos 90: uma análise da realidade cearense (CRESS; CFESS; UECE, 2000).

documento destaca ainda as dificuldades da equipe de saúde em compreender as atribuições e competências do serviço social, esclarecendo que as pressões presentes no cotidiano concernentes à demanda e a fragmentação do trabalho contribuem para essa realidade.

Lessa (2011), ao analisar as instituições públicas de saúde, destaca a rigidez hierarquizada que caracteriza as relações pessoais e profissionais. Nesse aspecto, as unidades hospitalares, ao longo de sua constituição histórica, têm concentrado o poder entre aqueles que detêm o saber técnico. Assim, os serviços são organizados internamente de maneira disciplinadora por meio de normas e rotinas.

Nesse cenário delineado por contradições, estão inseridos os Hospitais Universitários (HUs). Drago (2011), ao tratar sobre essas instituições, resalta o complexo processo de gestão dos HUs, marcado pela convergência entre as dimensões de ensino (graduação e pós-graduação), assistência à saúde (ao nível de alta complexidade), pesquisa e extensão. A autora cita ainda as políticas de educação (MEC) e saúde (Ministério da Saúde), que tencionam a dinâmica dessas instituições. Um exemplo da “parceria” entre esses ministérios está na implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) nos HUs.

A ampliação dos Programas de (RMS) conduziu a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 1996) a elencar como uma de suas prioridades para a gestão 2011-2012 o debate em torno da formação em saúde, principalmente em relação ao direcionamento do processo formativo do serviço social nos Programas de Residência (CASTRO, 2013).

O mapeamento realizado pela ABEPSS durante o período de 2011 apresentou aspectos importantes, entre eles se destaca a concentração dos programas de RMS em hospitais e, especialmente, em Hospitais Universitários. Abordando essa dimensão, Castro (2013) elenca os argumentos: a não inserção do assistente social na equipe básica do Programa de Saúde da Família traz limitações para a criação de Residências nesse espaço, já que há a necessidade do preceptor de serviço; o Programa de Reestruturação dos Hospitais de ensino (REHUF), instituído em 2010 pelo Decreto 7.082, incentivou a criação de Programas de Residência nos HUs em áreas estratégicas do SUS. Essa iniciativa promoveu o estímulo do trabalho em equipe multiprofissional, concorrendo para a qualificação dos recursos humanos especializados, visando à assistência integral.

Buscando entender a historicidade da inserção do serviço social no Complexo Hospitalar da UFC efetivada na década de 1970, aponta-se como uma de suas atividades a “classificação” de pacientes, sem vínculo previdenciário, a fim de determinar o desconto

sobre o valor dos serviços oferecidos na unidade (MONTEIRO, 2013). Reconhece-se que as práticas do serviço social, nesse momento, revelam o pensamento conservador que norteou a ação profissional. No entanto, considerando as transformações históricas e as requisições institucionais, os assistentes sociais têm redimensionado suas ações com aporte nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social.

O Serviço Social atua nas múltiplas expressões da questão social, buscando estimular as práticas interdisciplinares e ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e aos direitos sociais. Assim, fundamentados no projeto ético-político da profissão e nos parâmetros de atuação do serviço social na saúde, os assistentes sociais do HUWC/UFC desenvolvem as seguintes ações: socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; socioeducativas; e qualificação e formação profissional.

Atualmente, a equipe de Serviço Social do HUWC/UFC é composta por treze profissionais, os quais desenvolvem ações de maneira articulada, junto aos usuários e familiares, e integrando as equipes referentes a programas de órtese e prótese e da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde. Na Resmulti, o Serviço Social integra as áreas de saúde mental e de assistência em transplante. Nessa última, foco da pesquisa, os assistentes sociais já atuavam como referências nos respectivos ambulatórios, consolidando suas ações no processo de implantação da Resmulti/UFC e desempenhando da função de preceptores de área, tutoria e docência.

A criação da Resmulti/UFC em 2010 teve implicações não apenas para a formação dos residentes, mas para os demais assistentes sociais, integrantes ou não do programa, fomentando a necessidade de revisitar o aporte teórico-metodológico que norteia a prática profissional e as estratégias construídas, a fim de superar as ações fragmentadas, instigando o debate acerca dos processos de trabalho de caráter interdisciplinar. Esse movimento crítico-reflexivo tem possibilitado aos assistentes sociais repensar suas ações e se posicionar de maneira propositiva, ampliando as possibilidades de intervenção.

Os residentes sob a supervisão dos preceptores desenvolvem ações nos setores de serviço social, ambulatórios e enfermaria junto aos usuários, familiares ou cuidadores. Esses profissionais buscam apreender os contextos socioeconômico, familiar e de violação dos direitos sociais, no sentido de viabilizar a efetivação do direito à saúde, no caso em estudo, os transplantes hepático, renal, de pâncreas e de medula óssea.

Os desafios são muitos, principalmente num contexto em que se propaga o discurso sobre a ineficiência do setor público e a defesa de novos modelos de gestão. A efetivação dessa proposta já está em curso no Complexo Hospitalar da UFC e se encontra sob

a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Tais fatos têm ocasionado embates e gerado incertezas no âmbito da política de saúde. Para aqueles que questionam o novo modelo de gestão, a proposta da EBSERH consolida uma lógica gerencial de mercado, voltada para mensurar procedimentos da assistência em saúde, desconsiderando o tripé ensino, pesquisa e extensão. A implantação da empresa representa um ataque direto aos serviços do SUS, ao indicar a mercantilização dos serviços públicos de saúde ofertados pelos HUs (CASTRO, 2013).

No que concerne aos programas de RMS, a autora advoga que a residência constitui um espaço de debates acerca do “ataque à política de saúde”. Considera as implicações ainda maiores para o acesso da população aos serviços públicos de saúde e para o desenvolvimento de serviços qualificados que visem à assistência integral à saúde. Nesse contexto, a construção dos processos de trabalho do assistente social é atravessada pelo modelo racionalizador, em que o usuário se torna cliente e a qualidade cede lugar à quantidade (número de consultas, procedimentos cirúrgicos, atendimentos, entre outros). De acordo com Iamamoto (2009 p. 26-27),

Esse cenário avesso aos direitos nos interpela. Atesta, contraditoriamente, a urgência de seu debate e de lutas em sua defesa, em uma época que descaracterizou a cidadania ao associá-la ao consumo, ao mundo do dinheiro e à posse das mercadorias [...] Porém, é na tensão entre produção da desigualdade, da rebeldia e do conformismo que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses distintos, dos quais não é possível se abstrair ou fugir, pois tecem a trama da vida em sociedade.

Nesse sentido, a RMS é um importante campo de formação e pesquisa em saúde, contribuindo para o diálogo com as demais categorias profissionais, na direção da interdisciplinaridade, buscando romper com a hierarquização das relações, bem como garantir um modelo de assistência preconizado pelo SUS. Portanto, a Residência no âmbito do Serviço Social apresenta-se como um espaço novo que permite formação diferenciada, contribuindo para a qualificação dos serviços prestados à população, ao tratar sobre as expressões da questão social com repercussão sobre o processo de transplante e adesão ao tratamento.

4 A INTERDISCIPLINARIDADE COMO PRÁTICA FORMATIVA NO CENÁRIO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: A VOZ DOS SUJEITOS

A Residência Multiprofissional em Saúde se configura como uma modalidade de ensino que contempla trabalho e formação, buscando primordialmente o reconhecimento das necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos profissionais, além de primar pelo trabalho em equipes (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, este capítulo se destina à análise do Projeto Pedagógico e das entrevistas, compreendendo os processos formativos dos assistentes sociais na Residência Integrada Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde (Resmulti), do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC), na área da Assistência em Transplante.

Para atender aos objetivos da pesquisa, as análises são apresentadas em três eixos temáticos:

1. O Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multidisciplinar de Atenção Hospitalar a Saúde: a perspectiva da interdisciplinaridade;
2. A Residência Integrada Multidisciplinar de Atenção Hospitalar à Saúde: desafios para a sua construção e implantação;
3. A interdisciplinaridade como eixo norteador da formação na Residência Multiprofissional.

Em consonância com as recomendações da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), foram atribuídos aos sujeitos da pesquisa nomes fictícios. Durante o percurso da produção deste trabalho, concretizaram-se momentos inspiradores e outros em que as palavras pareciam peças de um labirinto; porém, contemplar as imagens de flores na tela do computador significava imaginar um oásis de parágrafos. Buscando a licença poética, nomearam-se as seis assistentes sociais com nomes de flores. Preceptoras e tutora: Orquídea, Dália e Jasmin; e as Residentes: Acácia, Áster e Girassol.

Inicialmente, procura-se apresentar a caracterização das entrevistadas, construída com base em seus relatos. Os sujeitos da pesquisa são do sexo feminino; atuam na área da assistência em transplante da Resmulti/UFC, sendo duas preceptoras, três residentes e uma tutora; as profissionais são vinculadas à Instituição Federal de Ensino Superior (duas preceptoras vinculadas à UFC e uma à UFRN). Em relação às residentes, duas estão concluindo a Residência e uma está iniciando o segundo ano.

Com vistas à consecução do objetivo desta pesquisa no que se refere a identificar as configurações da dimensão da interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC, apresenta-se a seguir a análise do primeiro eixo temático.

4.1 O Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multidisciplinar de Atenção Hospitalar à Saúde: a perspectiva da interdisciplinaridade

O Projeto Pedagógico (PP) dos programas de Residência no âmbito da saúde deve estar ancorado em conformidade com a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência em Saúde, a qual preconiza:

Art. 5º. As instituições que oferecerem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico – PP dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente [...] § 2º O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões [...] (BRASIL, 2012b, p. 2).

O dispositivo legal destaca a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar como eixos norteadores na construção do PP, no sentido de promover a integração entre os saberes e as práticas das diversas categorias envolvidas no cuidado em saúde.

No intuito de compreender a interdisciplinaridade expressa no Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC, procedeu-se à sua análise, buscando identificar a dimensão conceitual dessa categoria. O PP da Resmulti/UFC contempla os seguintes aspectos: justificativa, objetivos, articulação com a política de saúde, pactuações com gestor local de saúde, parcerias, diretrizes pedagógicas, processo seletivo, avaliação discente, autoavaliação do programa, infraestrutura, corpo docente assistencial, matriz curricular, perfis específicos dos egressos.

Para atender aos objetivos desta pesquisa, realizou-se a análise do Projeto Pedagógico em sua totalidade, elencando-se a dimensão da interdisciplinaridade identificada no documento, com destaque para as diretrizes pedagógicas, as quais exprimem que a proposta pedagógica da Resmulti/UFC é orientada para a interdisciplinaridade “por meio da integração do todo e de suas partes”, como podemos ver a seguir:

A proposta pedagógica da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do CHU/UFC é orientada para a interdisciplinaridade, construindo saberes voltados para os valores e relações humanas, com o intuito de suprir as

limitações decorrentes da compreensão do processo saúde-doença, por meio da integração do todo e de suas partes. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 11).

Tomando como base as diretrizes pedagógicas, percebe-se que a interdisciplinaridade se reveste de um sentido valorativo, cuja prática contribui para superar a concepção fragmentada do processo saúde-doença. Nesse sentido, a proposta da Residência contempla uma visão sistêmica que supera a concepção unidimensional do modelo biomédico, portanto, procura formar profissionais com capacidade crítica e propositiva para compreender a realidade e seus determinantes: “Contribui, assim, com a visão sistêmica que promove a formação de um profissional que tenha condições de refletir e agir em relação aos desafios sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais do mundo contemporâneo.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p.11).

No que tange à efetivação dessa proposta, concorda-se com Closs (2012, p. 42), a qual considera ser imperiosa a construção de um Projeto Pedagógico “consistente e crítico” que contemple simultaneamente a qualificação do trabalho individual e coletivo e as especificidades de cada categoria profissional. Ainda segundo a autora, esse projeto deve considerar as necessidades de saúde e a qualificação do cuidado no contexto do processo saúde-doença.

Nesse contexto, o projeto pedagógico da Resmulti/UFC apresenta um eixo estruturante transversal, por meio da relação dialética entre campo e núcleo, contemplando saberes da clínica ampliada e da saúde coletiva, a fim de promover práticas interdisciplinares. Nessa perspectiva, apresentam-se as disciplinas transversais a todas as categorias profissionais que integram a Resmulti/UFC.

Quadro 1 – Disciplinas Transversais do Programa da Resmulti/UFC – 1º Ano

Conteúdo Teórico ou Teórico-Prático – 1º Ano	C.H
SUS e políticas públicas de saúde	16
Ética e Bioética	16
Prevenção e controle de infecção em serviços de saúde	20
Metodologia científica, epidemiologia e bioestatística	32
Sessões clínicas e seminários multiprofissionais I	148
Humanização e processo de trabalho em saúde	20
Subjetividade, desenvolvimento e tanatologia	16
Conhecimento e participação em estratégias de controle profissional e social: conselhos de classe, de saúde e outros definidos para o SUS – I	20
Conteúdo Prático	
Prática da atenção ao paciente, família e comunidade I	240
Prática de controle de infecção em serviços de saúde	240

Fonte: Projeto Pedagógico Resmulti (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Quadro 2 – Disciplinas Transversais do Programa da Resmulti/UFC – 2º Ano

Conteúdo Teórico ou Teórico-Prático - 2º Ano	C.H
Trabalho de conclusão de curso	160
Conhecimento e participação em estratégias de controle profissional e social: conselhos de classe, de saúde e outros definidos para o SUS – II	16
Terapias integrativas complementares	32
Sessões clínicas e seminários multiprofissionais II	80
Conteúdo Prático	C.H
Prática da atenção ao paciente, família e comunidade II	240

Fonte: Projeto Pedagógico Resmulti (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Como se depreende, a formação no contexto da Residência ocorre por meio da integração dos diversos eixos do processo de aprendizagem, abrangendo a dimensão do ensino-serviço-comunidade, na perspectiva da interconexão entre os núcleos de saberes e práticas das profissões da área da Saúde Coletiva. Nesse prisma, observa-se que há uma relação dialética entre campo e núcleo no sentido de materializar o trabalho em equipe e as práticas interdisciplinares, como está expresso no projeto:

A residência integrada apresenta um eixo estruturante transversal, tendo uma relação dialética entre campo e núcleo, contemplando saberes da clínica ampliada e da saúde coletiva, garantindo a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, possuindo relação direta intrainstitucional com o programa de residência médica (clínica médica, anestesiologia, cirurgia, pediatria, dentre outros) e outros programas de residência (Saúde da Família), desde o treinamento introdutório, passando por participação em sessões clínicas e visitas clínicas integradas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 11).

Os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas de saúde concorrem para a concretização das ações norteadas pela interdisciplinaridade, as quais constituem pilares na organização da matriz curricular dos programas de residência. Registra-se o pensamento de Campos (2000), ao afirmar que o núcleo diz respeito aos saberes e práticas concernentes à determinada profissão; e o campo corresponde à área de limites tênues entre as disciplinas e as profissões, configurando um espaço de saberes e práticas convergentes.

Nessa ótica, reafirma-se a concepção de que a interdisciplinaridade consiste no diálogo entre os núcleos profissionais na construção de interconexões de saberes e práticas com vistas a concretizar o trabalho em equipe.

O Projeto Pedagógico ressalta um eixo estruturante transversal que integra campo e núcleo, bem como os “diversos saberes da clínica ampliada e da saúde coletiva” na dimensão da interdisciplinaridade, integrando os residentes das diversas categorias profissionais por meio de aulas, atividades desenvolvidas em equipe, incluindo vivências em unidades de saúde da atenção básica e secundária.

Nesse prisma, alguns princípios são estabelecidos para nortear a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do CHU/UFC, dentre eles: a formação de um profissional generalista e humanista, ético, comprometido com a Universidade na melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e extensão e prestação de serviços à comunidade; a matriz curricular integrada e sua correspondente organização institucional, que articula dinamicamente prática e teoria, trabalho e ensino, ensino e comunidade, por meio da integração dos conteúdos e das disciplinas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 11).

Conforme expresso no Projeto Pedagógico, a formação de um profissional generalista e humanista encerra um dos princípios da Resmulti/UFC, destacando uma matriz curricular voltada para a integralidade, materializada institucionalmente por meio de uma proposta pedagógica interdisciplinar.

Considerando que o Projeto Pedagógico afirma que a formação profissional deve ser generalista, evidencia-se a necessidade de repensar o sentido dessa concepção, sobretudo no contexto da Residência em saúde. Corroborar-se o pensamento de Sá (2010), ao declarar que a interdisciplinaridade não implica substituir as especialidades por generalidades, haja vista a importância da construção de matrizes curriculares norteadas pela perspectiva interdisciplinar que reconheça as contradições e a totalidade dos fenômenos sociais.

Ainda conforme o Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC, observa-se, no trecho referente à justificativa do projeto, o compromisso com o fortalecimento da Política de Saúde e do SUS. No referido texto, é evidenciado que a implantação da Residência se coaduna com a missão do Complexo Hospitalar da UFC, principalmente no que tange à assistência em saúde e à formação de profissionais.

Implantar a Resmulti é mais um desafio para o CHU e para a Universidade Federal do Ceará, que se configura como oportuna no cenário de assistência hospitalar ao SUS que prioriza o trabalho em equipe, a promoção da saúde, e a humanização do cuidado. Acredita-se que, nesse contexto, se delineia um cenário favorável à contextualização de uma organização transdisciplinar, norteadas pela aprendizagem dinâmica e experiência, aliada ao conhecimento cognitivo, afetivo e social. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 8).

A análise do projeto denota como umas das prioridades da Instituição a valorização do trabalho em equipe e a assistência de qualidade aos usuários do SUS. Nesse contexto, propõem-se ações denominadas de transdisciplinares. Com base na literatura, constata-se a ausência de consenso no que se refere ao significado da interdisciplinaridade, haja vista que se usam palavras para expressar sentidos aproximados: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, **interdisciplinaridade** e transdisciplinaridade. Esse fato é evidenciado nas reflexões de autores como Pombo (2004, p. 3), a qual reconhece a dificuldade em

estabelecer as fronteiras entre essas quatro palavras mesmo para aqueles que se dedicam a pesquisar o tema.

Concernente à interdisciplinaridade, Frigotto (2008) expressa a importância do contexto histórico, pelo qual o conhecimento e as práticas pedagógicas estão sendo produzidas, sem o que a interdisciplinaridade se reduziria a uma “ótica fenomênica, abstrata e arbitrária”, ou seja:

Trata-se de uma espécie de fetiche de conceitos que consiste em lhe atribuir um significado neles mesmos. O enfrentamento desse problema tem ficado, no mais das vezes, na busca de novas palavras como a de transdisciplinaridade [...] a mudança do prefixo inter pelo trans [...] não elide o problema do caráter opaco e alienador da realidade social [...] (FRIGOTTO, 2008, p.13).

Em relação aos objetivos do Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC, destaca-se um recorte dos objetivos específicos, enfatizando o processo formativo: “[...] No âmbito social-encorajar o profissional a desenvolver espírito de cooperação, solidariedade, autodisciplina e respeito próprio e ao outro; bem como habilidade de interagir em equipe interdisciplinar.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 9).

A proposta pedagógica contempla ações de articulação com as políticas de saúde e pactuações com o gestor local de saúde. Nesse horizonte, a Residência pauta-se pelo “[...] compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 9). Conforme ressalta o recorte, o programa busca uma prática com enfoque na integralidade, salientando a importância do trabalho em equipe no contexto da formação do residente.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, será foco de ação o exercício efetivo do trabalho em equipe em todo o processo de formação do profissional de saúde. As ações realizadas pelos residentes serão pautadas no atendimento integral, de modo a extrapolar a estrutura organizacional, hierarquizada e regionalizada, da assistência de saúde, mas se prolongando pela qualidade real da atenção individual e coletiva, assegurada aos usuários do sistema de saúde. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 9).

Conforme preconiza o Projeto Pedagógico, a integralidade deve nortear as ações profissionais no campo da saúde. Nessa ótica, salientam-se as reflexões de Cecílio (2006), o qual afirma que a atenção integral às necessidades de saúde abrange tanto o âmbito do serviço de saúde como as articulações com os diversos níveis do sistema e do acesso aos serviços e políticas, buscando, dessa maneira, a compreensão dos fenômenos de forma ampla, apoiados nas ações intersetoriais, com vistas a promover o cuidado à saúde dos usuários.

Conforme se depreende, a integralidade no âmbito do serviço de saúde, alude ao movimento desempenhado pela equipe, na relação profissional-usuário, com suporte na atitude de escuta e atendimento das necessidades de saúde. Corroborando a reflexão sobre os conceitos a integralidade, Closs (2012, p. 46) assinala que:

[...] a integralidade em saúde possui como eixos analisadores para sua materialização a intrasetorialidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, dimensões potenciais para serem desenvolvidas como experiências formativas nas RMS, bem como a serem exploradas na atuação dos profissionais da saúde, entre esses o assistente social.

Nesse sentido, evidencia-se que o Projeto Pedagógico apresenta em seu escopo a dimensão da integralidade da atenção e a interdisciplinaridade como ferramentas para ampliar e efetivar a formação do residente em consonância com os princípios do SUS. Confirmando esse aspecto, o fragmento a seguir reafirma o desafio de desenvolver uma prática integrada entre a atenção individual e coletiva, fortalecendo o trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade.

Nessa perspectiva, a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde do CHU/UFC terá como desafio não dicotomizar a atenção individual, da atenção coletiva; as doenças e adoecimentos, da vigilância da saúde; não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); fortalecer o conceito de atenção integral à saúde e aceitar que há limites na definição dos papéis profissionais, posto que há alternância de saberes e práticas de cada núcleo, constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 10).

Importa reconhecer a dimensão interdisciplinar presente na construção dos objetivos da Resmulti/UFC, no intuito de que o residente alcance a competência de cultivar a cooperação e que sejam realizadas ações para fortalecer a interdisciplinaridade.

Em continuidade às análises do Projeto Pedagógico, volta-se para o aspecto referente à avaliação discente, a qual deverá ocorrer durante todo o processo de formação, enfatizando as competências desenvolvidas pelos residentes, com base em um modelo de avaliação formativa.

A avaliação dos residentes estará presente em todo o percurso do processo pedagógico de formação, tendo como base o referencial de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) a serem desenvolvidas pelos residentes, tendo, além da característica de continuidade, o caráter formativo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 13).

A avaliação do aprendizado do Programa da Resmulti/UFC abrange três dimensões: a) avaliação conceitual; b) avaliação de conhecimentos e c) avaliação da

participação em atividades científicas. O residente também será avaliado nas seguintes disciplinas práticas, no referente ao eixo transversal da área de concentração em transplante. Nesse sentido, destacam-se as disciplinas do eixo transversal da área.

Quadro 3 – Eixo Transversal – Área de Concentração Assistência em Transplante

Conteúdo Teórico ou Teórico-Prático – 1º ano	CH
Prática interdisciplinar de assistência ao paciente ambulatorial I	492
Prática interdisciplinar de assistência ao paciente internado I	504
Atuação da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos	08
Farmacoterapia aplicada I	36
Biossegurança	28
Fundamentos cirúrgicos dos transplantes	16
Aspectos bioéticos e psicossociais da doação de órgãos	24
Abordagem Psicossocial do Paciente Transplantado e Família	32
Conteúdo Teórico ou Teórico-Prático – 2º ano	CH
Prática interdisciplinar de assistência ao paciente ambulatorial II	492
Prática interdisciplinar de assistência ao paciente internado II	504
Métodos diagnósticos e exames complementares	36
Imunossupressão e risco de infecção em paciente transplantado	28
Farmacoterapia aplicada II	32
Aspectos gerais da terapia nutricional para pacientes transplantados	24
Estudos de adesão ao tratamento	24

Fonte: Projeto Pedagógico da Resmulti (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 2).

O projeto Pedagógico da Resmulti/UFC, considerando as especificidades de cada profissão, apresenta um eixo que contempla as disciplinas em consonância com a matriz curricular dos cursos que integram a Residência. O quadro seguinte apresenta os conteúdos específicos do Serviço Social:

Quadro 4 – Conteúdos específicos do Serviço Social

Conteúdo Teórico ou Teórico-prático- 1º ano	CH
Práticas do Serviço Social em educação e saúde nos processos de transplante I	288
Práticas do serviço social no processo de transplante I	288
SUS e o Projeto Ético-Político do Serviço Social	50
Processo de trabalho em saúde: instrumentalidade do serviço social e trabalho em equipe: abordagem teórico-prática	50
Prática do Serviço Social junto aos usuários e família no processo de transplante I	252
Política Social	44
Conteúdo Teórico ou Teórico-prático- 2º ano	CH
Prática interdisciplinar de assistência ao paciente ambulatorial II	492
Prática interdisciplinar de assistência ao paciente internado II	504
Métodos diagnósticos e exames complementares	36
Imunossupressão e risco de infecção em paciente transplantado	28
Farmacoterapia aplicada II	32
Família, território e intersetorialidade	44

Fonte: Projeto Pedagógico da Resmulti (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 74).

As disciplinas práticas serão avaliadas pelo preceptor, considerando aspectos relativos à ética, às relações sociais e às competências desenvolvidas, incluindo os

conhecimentos, habilidades e atitudes. Nesse prisma, observa-se no recorte que essa avaliação contém o caráter formativo no processo ensino-aprendizagem que se efetiva nas ações práticas vivenciadas pelos residentes.

Ainda em conformidade com o Projeto Pedagógico, a avaliação da aprendizagem acadêmica do residente nas disciplinas práticas ocorre de forma processual e contínua, utilizando formulário padronizado, abrangendo os seguintes aspectos: “[...] atitude ética, motivação, relacionamento interpessoal e competências adquiridas e necessárias para o pleno exercício da assistência hospitalar.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 13).

No contexto da vivência do residente, as disciplinas práticas constituem espaços privilegiados que potencializam a efetivação de ações interdisciplinares, possibilitando o diálogo entre os residentes e profissionais das demais categorias. Portanto, é na dinâmica das práticas multiprofissionais que se visualizam momentos de intercessão para a construção de ações compartilhadas voltadas para a atenção integral do usuário.

Ao refletir sobre as ações no campo das disciplinas práticas, Orquídea explicita que o Projeto Pedagógico se estrutura com base nas diretrizes curriculares, com enfoque em práticas interdisciplinares:

O Projeto pedagógico baseia-se nas Diretrizes Curriculares de cada curso e preconiza em relação aos campos de atuação. As atividades curriculares e a própria estrutura do curso já contemplam várias disciplinas que são práticas multiprofissional e interdisciplinar. Então, a própria proposta já busca essa atuação interdisciplinar, compreendendo que somente os saberes dos diversos campos são capazes de compreender a totalidade do ser humano, principalmente inserido nesse processo, que ele vivencia de forma particular nesse processo de saúde/doença. (ORQUÍDEA).

Orquídea enfatiza também a relevância da dimensão da interdisciplinaridade na compreensão integral do usuário e na dinâmica dos serviços a partir de uma visão de totalidade, elencando momentos em que se vislumbra a efetivação do diálogo para a tomada de decisões.

Então, essa dimensão da interdisciplinaridade foi, desde o início, pensada como uma forma de contemplar e compreender esse usuário e a própria dinâmica dos serviços nessa dimensão da totalidade e tendo sempre uma visão de discussões na corresponsabilização nas decisões tomadas. Então, a interdisciplinaridade é muito importante porque você discute os projetos singulares; então, tem, assim, várias sessões clínicas, tem várias disciplinas, pensando nessa ação interdisciplinar, principalmente nas tomadas de decisões. (ORQUÍDEA).

Contudo, observa-se um hiato entre o que é sinalizado no Projeto Pedagógico e o que ocorre no cotidiano da formação. Nesse sentido, percebe-se que os fragmentos dos discursos das residentes são convergentes em relação aos momentos do fazer profissional na perspectiva interdisciplinar, “[...] as minhas experiências foram bem pontuais. Foram experiências positivas e umas negativas” (ACÁCIA). As residentes Áster e Girassol acrescentam:

Eu acho que não é sempre que acontece. Acho que não existe esse entendimento da equipe dessas discussões que devem ser feitas; eu acho que acaba que fica pontual. [...] quando a gente não consegue discutir o caso, a gente só pede para o paciente: ‘procure a Nutrição, procure o Médico’, mas não existe um fluxo. Eu acho que é muito mais Multiprofissional, por exemplo, ‘eu estou te passando a demanda’; Isso não é Interdisciplinar, porque não existe esse pensar coletivo, onde os vários saberes entram em pauta pra a definição daquela conduta [...] a gente não discutiu esse caso considerando o contexto socioeconômico do paciente e da família; eu só sinalizei pra outra profissional que é bom que ela atenda. (ÁSTER).

Eu acho que existem, mas poderia ser muito melhor por conta que a gente deveria ter realmente uma equipe em cada ambiente que faz o transplante. Uma assistente social na enfermaria, uma no ambulatório e aí, assim, a gente se relaciona de forma interdisciplinar com as outras categorias; eu acho que precisava ser mais integrado [...] (GIRASSOL).

Em sua fala, Girassol reconhece que, no intuito de realizar suas ações profissionais, busca estabelecer diálogos com os demais profissionais. Entretanto, essa troca não ocorre da mesma forma com os profissionais médicos. Em seu relato, aponta para a predominância do saber biomédico, ainda hegemônico nas instituições hospitalares.

[...] O residente, como a gente tem muitas aulas juntos, a gente tem um contato com todas as categorias, menos a médica, claro (risos), e aí, assim, quando eu vejo que tem algum problema, alguma questão que envolva outra categoria, eu entro em contato com os meus colegas de maneira informal, eu ligo pra eles, eu tenho essa abertura. Então, eu acho que a gente consegue encaminhar as coisas, mas é bem fracionado mesmo no cotidiano [...] (GIRASSOL).

Ao refletir sobre sua vivência no âmbito das práticas interdisciplinares, Acácia ressalta que a materialização da interdisciplinaridade ocorre de maneira diferenciada em função da dinâmica dos cenários em que as ações são desenvolvidas. Nesse prisma, aponta que, no contexto das enfermarias, a troca de saberes ainda é algo a ser construído. Já nos ambulatórios, identifica-se o movimento das diversas categorias voltado para o diálogo, possibilitando uma abordagem interdisciplinar. Outro elemento destacado se refere ao empenho das preceptoras em buscar desenvolver e implementar ações interdisciplinares.

Eu vejo na enfermaria, os profissionais de forma geral, cada um muito no seu quadrado. Às vezes não há muito o diálogo. Porque é muito dinâmico e as pessoas

parecem que não se olham, não conversam, não dialogam; quando você vai pedir informação, parece que você tá cobrando [...]. No ambulatório, eu percebo uma maior tranquilidade, vejo mais espaço pra você se colocar, buscar informação e esse diálogo. A equipe é muito disponível, apoia o paciente, tem iniciativa. Enfim, eu vejo que existe essa preocupação em estabelecer um diálogo com a equipe; E eu acho que só o fato de as próprias preceptoras trazerem essas questões já é um avanço. (ACÁCIA).

Considerando a importância da formação do residente na perspectiva da interdisciplinaridade, procede-se às reflexões acerca do perfil geral do egresso da Resmulti/UFC da área de concentração em transplante, bem como do perfil específico do assistente social com base no Projeto pedagógico. No que concerne ao perfil geral, o documento destaca, entre outros, o desenvolvimento de competências para uma atuação crítica no âmbito da Política de Saúde e durante todo o processo do tratamento em transplante. Compreende-se que o fazer interdisciplinar é destacado como meio para desenvolver ações humanizadas nos serviços de saúde com vistas à atenção integral e à melhoria dos indicadores qualitativos da saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 77).

Do profissional egresso, espera-se que esteja capacitado para a) realizar análise crítica da realidade do serviço sob sua responsabilidade; b) **atuar numa perspectiva interdisciplinar, visando à humanização na assistência, à integralidade da atenção, à melhoria dos indicadores qualitativos da saúde**; c) planejar, implantar e desenvolver projetos de assistência ao paciente (pré, trans e pós-transplante) em instituições de saúde; d) avaliar as informações em saúde, visando a intervenções nos níveis individuais, familiar e coletivo, com vistas à prevenção de agravos, promoção, proteção e reabilitação da saúde; e) contribuir para o processo de qualificação da estratégia de saúde da família e da reforma do sistema hospitalar brasileiro; f) desenvolver pesquisas e produzir conhecimentos que contribuam para a melhoria das práticas em saúde, em especial na área de transplante. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p.77, grifos nossos).

Em relação ao assistente social egresso da Residência da área da assistência em transplante, o referido documento ressalta a capacidade de compreender as diversas expressões da questão social e inserir-se de maneira consistente e norteado pelo projeto ético-político da categoria. Nessa ambiência, o profissional deve estar apto a atuar em equipe multiprofissional nos diversos campos do SUS, estabelecendo ações articuladas com as políticas intersetoriais.

O assistente social egresso da residência multiprofissional, área de concentração assistência em transplante, deverá ser capaz de: 1) desenvolver uma atitude ética comprometida com os valores emancipatórios da profissão e uma prática norteada pelos fundamentos teórico-metodológicos da categoria para a intervenção qualitativa na área da saúde; 2) **participar em equipe interdisciplinar para a humanização da assistência em transplante e atuar na rede de serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção e de suporte social, com vistas a ações intersetoriais**; 3) decodificar as expressões da questão social, elaborando e implementando propostas para o seu enfrentamento, por meio de políticas sociais

públicas de saúde; 4) desenvolver a capacidade de inserção criativa e propositiva no conjunto das relações sociais na área dos transplantes; 5) Comprometer-se com os princípios e valores do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010, p. 79, grifos nossos).

Compreende-se, portanto, que, para o alcance das competências delineadas no perfil profissional, expresso no Projeto Pedagógico, é primordial refletir acerca das condições objetivas que corroboram a consolidação da formação dos residentes, destacando que as vivências no contexto da Residência contribuem para ampliar o conhecimento e qualificar o cuidado no âmbito da assistência em transplante.

Com base nas análises das entrevistas e do Projeto Pedagógico, destaca-se que a efetivação das práticas interdisciplinares ainda constitui um desafio a ser alcançado em sua plenitude no contexto da Residência. No entanto, as residentes apontam momentos de diálogos coletivos que revelam o amadurecimento profissional, na perspectiva de construir ações compartilhadas que atendem para a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a avaliação do discente representa uma estratégia para compreender o percurso do aprendizado, as lacunas e as possibilidades do programa, com vistas a aferir o processo de formação dos residentes, considerando que os diversos cenários da Residência constituem espaços privilegiados que podem efetivar as práticas interdisciplinares em convergência com os objetivos da Resmulti/UFC, concernente a capacitar recursos humanos comprometidos com os princípios do SUS.

Dessa forma, e consoante se compreende, o Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC contempla a dimensão conceitual sobre interdisciplinaridade, entendida como uma diretriz norteadora das ações planejadas e vivenciadas no contexto da Residência na qual é materializada por meio do diálogo entre as diversas categorias profissionais que atuam no âmbito da atenção em saúde.

Com base nessa compreensão, passa-se ao próximo aspecto, trazendo para a centralidade das reflexões os desafios para a implantação da Resmulti/UFC e a inserção do serviço social.

4.2 A construção da Residência Multiprofissional em Saúde e a inserção do Serviço Social: caminhos percorridos pelos sujeitos

Este eixo temático aborda a construção da Resmulti/UFC, destacando como ocorreu a inserção do serviço social na perspectiva dos atores sociais (preceptoras, tutora e residentes), os quais vivenciaram o processo de implantação do programa.

No intuito de compreender a construção da Resmulti/UFC, realizou-se a análise das entrevistas, ressaltando a dimensão histórica e organizativa do processo de implantação, na qual os atores implicados participaram com seus saberes e experiências na configuração desse programa de formação em serviço.

Nessa perspectiva, apresenta-se o relato de Orquídea:

[...] falando um pouco sobre essa construção da Resmulti, nós participamos junto com outros profissionais desde o início da sua construção. É importante enfatizar que nessa construção houve vários momentos; o Programa da Resmulti foi implantado em 2009, sob a coordenação de um profissional da área de Farmácia. Inicialmente, ocorreram encontros com representantes das áreas de Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Psicologia e docentes da Enfermagem e da Farmácia [...].

Nesse contexto, as reflexões de Orquídea elencam momentos essenciais na implantação do programa, como a definição dos critérios para seleção dos residentes, a construção da matriz curricular do serviço social, a articulação com outras instituições no sentido de garantir os cenários para a formação do residente, entre outros.

[...] Primeiro, a elaboração do grande projeto, em que foi necessário delimitar os objetivos, a definição de perfil do profissional, a questão da grade curricular, e também a construção dos diversos cenários onde os assistentes sociais e os outros profissionais iriam atuar. Nesse processo de construção, nós tivemos parcerias com algumas instituições [...] (ORQUÍDEA).

Considerando que a Universidade Federal do Ceará não oferece o curso de Serviço Social, tornaram-se pertinentes as contribuições dos docentes do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará, possibilitando a elaboração de uma proposta pedagógica pautada no projeto da reforma sanitária, nos princípios do Sistema Único de Saúde, nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS e no Ministério da Educação, na lei que regulamenta a profissão e no Projeto Ético-Político do Serviço Social. Destacam-se as contribuições de Orquídea sobre esse aspecto:

[...] na parte Acadêmica, nós buscamos apoio da Universidade Estadual do Ceará, onde tem o curso de Serviço Social, e nós tivemos algumas profissionais que participaram da construção, das ementas, dessa definição de quais disciplinas seriam prioritárias, importantes pra atender à formação desse profissional no campo da Pós-Graduação, que é a Residência. (ORQUÍDEA).

Salienta-se que a implantação da Resmulti/UFC se insere no processo de qualificação do SUS, contemplando mudanças no trabalho em saúde, abrangendo as dimensões do campo da assistência e da gestão, na construção de uma cultura sanitária que valorize a defesa da vida, destacando também a formação em saúde. Nessa perspectiva,

ressalta-se a imperiosa necessidade da ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde, com ênfase nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), como uma modalidade de formação que conjuga potencialidades e desafios, corroborando a consolidação do SUS.

Evidencia-se ainda o incentivo do Ministério da Saúde por meio do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF) intensificado no final da década de 2000, incluindo na pauta a criação das Residências Multiprofissionais, determinando que os programas contemplassem áreas estratégicas e estimulassem o trabalho em equipe e a qualificação de Recursos Humanos para atuar com ênfase na atenção integral à saúde (CASTRO, 2013).

Orquídea contextualiza ainda o processo de definição das áreas de concentração da Resmulti/UFC, nas quais as assistentes sociais integrariam as equipes multiprofissionais.

O assistente social ele se inseriu porque em algumas áreas, como na área do transplante, nós já tínhamos no Hospital um trabalho estruturado com algumas profissionais que já eram referências desses programas; então, a área de concentração no primeiro ano do Hospital das Clínicas foi a assistência em transplante e depois a área da Saúde Mental, embora, na Maternidade Escola, os assistentes sociais tenham se inserido na área da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; então, foi nesses três programas, inicialmente, que o assistente social se inseriu. (ORQUÍDEA).

Nesse contexto, os critérios para definir as áreas de concentração da Resmulti/UFC estão ancorados na Lei nº 11.129, de 2005, a qual determina que, nas Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, a definição das áreas de concentração deve considerar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e atender às necessidades e realidades locais e regionais.

No que concerne à área de concentração de Assistência em Transplante, um dos primeiros cenários em que o Serviço Social se inseriu, ressalta-se que o Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC já se destacava ao nível nacional como Centro Transplantador de Órgãos.

Nesse sentido, ocorreu a ampliação da assistência aos usuários de outros estados que se deslocavam para o Ceará, a fim de realizar o tratamento e o procedimento cirúrgico. O crescimento dos serviços de transplantes renal, hepático e de medula óssea ampliou e redefiniu demandas, exigindo o desenvolvimento de ações conjuntas de diversos profissionais, entre os quais o assistente social.

Compreende-se, portanto, que a inclusão da área Assistência em Transplante no programa da Resmulti/UFC representou a qualificação da atenção integral do usuário,

contribuindo para a formação de equipes multiprofissionais na perspectiva da interdisciplinaridade.

Nessa ambiência, destacam-se as reflexões das preceptoras do Serviço Social, atinente à construção da Resmulti/UFC, na área de concentração da Assistência em Transplante. Dália, em seu discurso, expressa o impacto no que tange à implantação da Residência Multiprofissional, enfatizando as incertezas e dificuldades em apreender suas competências num processo que ocorreu de forma verticalizada, de cuja construção somente os docentes e representantes das categorias que compunham a Residência participaram.

Nesse sentido, as assistentes sociais inseridas no cenário da prática não participaram do processo de elaboração do Projeto Pedagógico. Essa realidade é demonstrada simbolicamente por Dália ao afirmar que a sua inserção no Programa ocorreu “a reboque”:

E aí veio a Residência... Quando veio essa Residência, foi muito assim, vou usar uma palavra assim, **a reboque** mesmo. Então, olha, a **Residência é Multiprofissional**, Residência em Transplante, em atenção e Assistência ao Transplante tanto do Hepático como do Renal, e eu fiquei muito **assustada**... Como é que a gente ia organizar uma Residência se não sabia nem como era que isso funcionava? Era uma coisa tão estranha [...] (DÁLIA, grifos nossos).

Nesse primeiro momento, participar de um processo formativo, considerado novo e ao nível de pós-graduação, gerou expectativas, receios e indagações revelados pelo discurso da entrevistada ao reconhecer seu “estranhamento”, principalmente pela ausência de capacitação e discussões coletivas sobre a dinâmica da Residência:

Era uma Residência em Transplante, mas como é que se organiza? Como ocorre esse serviço? Eu não sabia nem como colocar isso pra residente [...] A gente chegava no ambulatório, não tinha nada marcado, não tinha atendimento, aí a gente via aquele monte de paciente ali; e o que é que a gente vai fazer aqui?! Como é que nós vamos atender essas pessoas?! Porque não tinha o atendimento mesmo organizado. (DÁLIA).

E Dália continua seus questionamentos:

[...] como é que a gente vai organizar o serviço? **Uma Residência?** Não sabia nem como é que isso funcionava, **era uma coisa tão estranha** [...] Quando veio essa Residência, então, foi tudo muito, assim, difícil. **Como é que é ser preceptor?** Eu até hoje nunca **nunca** (risos) **recebi nenhuma orientação**, o que é ser preceptor, como é que é isso?! (DÁLIA, grifos nossos).

Concorda-se com o depoimento de Dália no que tange ao processo de inserção dos assistentes sociais na Resmulti/UFC, considerando que, no percurso da elaboração do projeto político-pedagógico e na implantação do programa, os preceptores não foram

capacitados para compreender a sua atuação e competências no âmbito da Residência. Sobre esse aspecto, corroboram-se as análises de Fajardo e Ceccim (2010), os quais evidenciam a importância da participação efetiva dos preceptores durante todo o processo de elaboração da proposta pedagógica.

No contexto da implantação da Resmulti/UFC, outro elemento importante se refere à chegada do residente. Esse momento também provocou diversas reações e interpretações. Em alguns momentos, representou o rompimento com o instituído, com as percepções do cotidiano do assistente social no campo da saúde e, em específico, no âmbito da Residência.

Infere-se, no entanto, que, apesar dos desafios postos à implantação da Resmulti/UFC, os profissionais inseridos na preceptoria estão comprometidos, no sentido de apropriar-se das questões relativas à Residência e às expressões da questão social diante da complexidade que encerra o tratamento e o procedimento do transplante.

Nessa perspectiva, Dália traz em seu relato fragmentos relacionados ao início da organização do serviço e à sistematização das ações, realizados em parceria com a residente, compreendendo que o preceptor (a) também aprende enquanto ensina:

Na sala do Serviço Social ainda, eu comecei a fazer um tipo de formuláriozinho que não se chamava Entrevista Social, era só um formulário pra identificar o paciente. Eu lembro que eu e a residente fizemos pra gente saber o nome do paciente, pra gente ter ideia dos nossos atendimentos [...] mas a gente não tinha a entrevista social estruturada como tem hoje; a gente ia para o ambulatório, aí a gente fez um *folder* com algumas informações, aí chegava lá e ficava distribuindo esses formulários. Foi assim que começou (risos). (DÁLIA).

No que concerne à importância das ações das assistentes sociais no âmbito da equipe multiprofissional, ela relata o caso de uma usuária a qual teve complicações no pós-transplante, em decorrência de sua vulnerabilidade social não identificada no início do tratamento, em virtude da ausência do acompanhamento sistematizado no referido ambulatório. Esse fato evidenciou a imperiosidade de o serviço social consolidar sua inserção junto à equipe.

[...] a gente não tinha ainda esses atendimentos ambulatoriais, ia pra clínica porque era renal e pra lá fazer as visitas, mas não tinha nada sistematizado; foi quando essa paciente transplantou e recebeu alta. Ela não tinha um acompanhante fixo, cheia de demandas sociais que não foram resolvidas. Por quê?! Porque não tinha a sistemática de o paciente ser atendido pela assistente social. Após a alta, ela passou uns dias em casa, não tinha acompanhante, morava sozinha, era uma idosa e teve problemas; foi encontrada quase em coma. [...] a paciente retornou e nós começamos a intervir. Foi quando a equipe começou a valorizar a importância do nosso trabalho, do acompanhamento social. (DÁLIA).

O discurso de Dália converge com a compreensão de Closs (2012) sobre as potencialidades da residência Multiprofissional, no que concerne ao desenvolvimento de ações voltadas para o atendimento às necessidades de saúde, para a qualificação do cuidado frente ao processo saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Nesse sentido, a formação contempla a conjugação da integração do eixo ensino-serviço e da interconexão entre os núcleos de saberes/práticas das profissões envolvidas na formação com o campo da Saúde Coletiva.

Nesse horizonte, Dália discorre sobre sua experiência no processo de elaboração dos instrumentos técnicos do assistente social no ambulatório do transplante renal, destacando a entrevista social, o relatório social e as ações intersetoriais:

[...] como é importante o paciente ter acompanhamento no processo de pré e pós-transplante, pra que a gente possa identificar as demandas relacionadas ao acompanhante, a questão socioeconômica desse paciente, todos os critérios que são trabalhados na nossa Entrevista Social. Nossos critérios de avaliação incluem a questão socioeconômica, a escolaridade, o acompanhante, faz o diálogo do tipo de droga que possa vir a prejudicar esse paciente; considera a sua procedência, se ele vem de fora, como é que isso vai ser, como é que esse paciente vai ser cuidado; se ele vem de outros municípios ou de outras regiões do País por meio do Tratamento Fora do Domicílio. (DÁLIA).

Observa-se que, inicialmente, a inserção no programa como preceptora se dá por determinação da Instituição, haja vista o caráter de ensino, pesquisa e extensão dos hospitais universitários. Entretanto, concordando com Closs (2013, p. 182), acredita-se que a implantação da Residência, a chegada do residente e o trabalho como preceptor “[...] favorecem a construção permanente de experiências de educação aos trabalhadores inseridos onde esta é desenvolvida.”.

Compreende-se que a Residência possibilita reflexões sobre a prática do assistente social, contribuindo para a construção dos processos de trabalho e a qualificação do cuidado em saúde, embasados nas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política do serviço social. Considerando como conhecimento teórico-metodológico, “[...] o modo de ler, interpretar, de explicar essa sociedade e os fenômenos particulares que a constituem [...] isso exige competência teórica.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998, p. 179).

Identifica-se, portanto, no relato de Dália que a sua inserção na Resmulti/UFC contribuiu para ampliar a percepção dela sobre a realidade, fundamentando suas ações no que concerne ao desempenho de atividades pedagógicas junto ao residente, possibilitando o redimensionamento das intervenções do assistente social no referido serviço:

[...] quando o paciente vem de outro município, a gente já tá começando a dar esse suporte através do contato com as secretarias desses municípios, fazendo relatório

social, colocando a questão social do paciente, de que o transplante é um procedimento de alta complexidade, que ele vai se tornar um paciente vulnerável, que vai realmente precisar de todo um aparato, e, aí, a gente pressiona baseado na lei; começa a esclarecer isso às prefeituras, às secretarias dos municípios; às vezes, elas nem sabem do paciente. É isso?! (DÁLIA).

Continuando suas considerações acerca da inserção dos assistentes sociais no Programa da Resmulti/UFC, a preceptora do serviço do transplante renal aponta os desafios para a construção de uma proposta que atenda os princípios do SUS, a formação em saúde, comprometida com o projeto ético-político do serviço social.

Nesse sentido, a partir de sua vivência, Dália elenca a dificuldade de se apropriar das rotinas no ambulatório de transplante renal, uma vez que as ações ainda não estão devidamente sistematizadas. Porém, destaca a importância da contribuição da Residência para a construção dos processos de trabalho e a consolidação da inserção do assistente social:

Bom, foi de uma forma muito desorganizada, sem nenhum planejamento, sem a gente ser ouvida, a coisa veio meio que por imposição, eu já estava num trabalho incipiente no Renal [...] existiam as demanda do Transplante Renal, porém não tinha nada estruturado em termos de equipe, tinha a Psicologia, a Enfermagem, e existia, na verdade, o ambulatório, e o Serviço Social ainda não tinha uma pauta de planejamento, de organização; então, as demandas vinham e eu comecei a me apropriar e tentar resolver; pouco a pouco fui me inserindo no ambulatório, mas, assim, de uma forma nada estruturada, não existia essa questão de atendimento sistemático no ambulatório [...] (DÁLIA).

O discurso de Dália reafirma sua apreensão com a implantação do programa da Residência, uma vez que a atuação do serviço social no ambulatório de transplante renal ainda estava sendo estruturada, havendo, portanto, a necessidade de organizar ações, rotinas e fluxos junto à equipe. Contudo, percebe-se que, apesar dos desafios já relatados pela depoente, foi por meio desse processo confuso e caótico que ocorreu a construção de uma proposta de intervenção compartilhada com a residente. “A coisa foi se organizando passo a passo”, conta Dália.

Ao refletir acerca da vivência no percurso da implantação da Resmulti/UFC e da inserção do serviço social no programa, Jasmin compreende como um processo “natural” que foi incorporado à dinâmica do processo de trabalho, sem afetar o cotidiano, os profissionais do serviço social e de outras categorias. Na sua concepção:

Foi com o surgimento da Residência... Como todas passaram, teve aquele início de conversa do que ia ter a residência [...]. Primeiro para a multi, ou foi logo para o transplante [...] Foi quase um processo natural; quem estava nos transplantes foi naturalmente ficando para ser a preceptora. Foi dessa forma, aos poucos, no dia a dia, na rotina do trabalho que foi criado, que tinha a colega na frente (!?), que dava as aulas teóricas no momento; foi assim quem deu a direção da coisa dentro do serviço social. (JASMIN).

Cabe apontar que as reflexões de Jasmin demonstram que a Residência foi implantada dentro de um processo percebido como “natural”, no qual as assistentes sociais do serviço de transplante se inserem, sem uma compreensão ampla da importância de sua atuação na formação do residente.

Esse discurso instiga questionamentos acerca dos fatores que contribuem para as percepções divergentes das entrevistadas, uma vez que Dália considera a implantação da Residência como um momento de repensar a prática profissional e redefinir os processos de trabalho, sobretudo pela dimensão formativa que o programa encerra. Em contraposição, Jasmin apreende esse momento como revestido de “naturalização”, sinalizando que o residente, ao ser inserido na assistência ao transplante, conforma-se à dinâmica do trabalho já desenvolvido pela assistente social.

Contudo, cabe indagar: a forma verticalizada da construção e implantação da Resmulti/UFC em que os assistentes sociais que se engajaram na preceptoria da Residência não participaram de forma efetiva, concorreu para a dificuldade em compreender o seu significado implicando numa visão “reducionista” do processo? O fato de Jasmin ter ampla experiência profissional no serviço de transplante, no qual é referência, contribuiu para a integração da residente à equipe em conformidade com as atividades já desenvolvidas pela preceptora?

Convém destacar que o propósito não é tecer críticas, mas provocar reflexões que corroborem a qualidade da formação. Portanto, reconhece-se que os discursos são elaborados por sujeitos em um dado contexto histórico e, como tal, são impregnados de uma visão singular do mundo e do homem. Todavia, a implantação da Residência constitui um momento em que a equipe revisita seu aporte teórico-metodológico e reafirma o compromisso ético-político da profissão.

No item a seguir, será abordada a interdisciplinaridade como eixo norteador da formação na Residência Multiprofissional em Saúde, demonstrando como se efetivam as ações de caráter interdisciplinar nas práticas do Serviço Social.

4.3 A interdisciplinaridade como eixo norteador da formação na Residência Multiprofissional em Saúde

Torna-se primordial apresentar a compreensão da interdisciplinaridade na perspectiva dos sujeitos desta pesquisa, uma vez que a Residência tem como baliza desenvolver ações ancoradas no diálogo entre as diversas categorias.

4.3.1 Compreensão conceitual sobre interdisciplinaridade: o diálogo entre os atores

Os programas de formação em serviço na área da saúde se configuram como uma proposta inovadora do trabalho em equipes com vistas à construção de ações interdisciplinares, tendo como premissa a concepção ampliada de saúde e dos determinantes que incidem no processo de produção do cuidado em saúde.

Em consonância com essa proposta, a Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar da UFC, em seu Projeto Pedagógico, destaca a interdisciplinaridade como eixo norteador da construção dos saberes capazes de interagir e superar as barreiras impostas pela concepção centrada no processo saúde/doença. Trata-se de primar pela formação de profissionais capazes de refletir criticamente e propor ações em consonância com a realidade social em que estão inseridos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

No Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC, a interdisciplinaridade evidencia-se na definição do modelo de formação proposto, comprometido com o projeto da reforma sanitária, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, segmentado por patologias e especialidades, consolidando a socialização de saberes e a integralidade do atendimento ao usuário do SUS nos diversos níveis de complexidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Na modernidade, a interdisciplinaridade tem ocupado lugar de destaque e provocado polêmicas nas diversas áreas, no campo da pesquisa, no ensino e nas intervenções técnicas. A revisão bibliográfica sobre o referido tema evidenciou sua complexidade e a ausência de um consenso em torno de um conceito. No entanto, a maioria dos pesquisadores concorda com a importância de se aprofundarem as análises e discussões sobre o tema, o qual representa uma demanda atual a questionar o saber fragmentado em especialidades.

As assistentes sociais, ao refletirem sobre a compreensão da interdisciplinaridade, demonstram a preocupação em expressar um conceito coerente. No entanto, superado esse primeiro momento, os relatos apresentam aspectos semelhantes em torno do tema. Nos discursos, a interdisciplinaridade é relacionada ao exercício de conhecer os diversos saberes e ramos das ciências, buscando a inter-relação entre eles, sem, contudo, “invadir” as especificidades de atuação de cada profissional.

No que concerne à dificuldade em elaborar um conceito sobre o tema, Pombo (2004, p. 3) destaca alguns aspectos sobre o desafio de se conceituar a interdisciplinaridade, entre eles, aponta a imprecisão dos limites entre as palavras multi, pluri, inter e transdisciplinaridade; outro fator se refere ao uso dessas palavras para nomear diversas

práticas. Nas palavras da autora, “temos que constatar que essas palavras estão muito gastas, muito banalizadas”.

Ao definir a interdisciplinaridade, as assistentes sociais mostram a compreensão dela como o diálogo entre as diversas categorias que atuam na área da saúde, com vistas a congregar os pontos convergentes.

Então, a interdisciplinaridade, ela busca conhecer, compreender que os diversos saberes, das diversas ciências... Ela tem uma contribuição no entendimento, na compreensão dessa realidade e que existem os aspectos peculiares pra cada saber, as competências, mas, tendo aspectos comuns, os pontos de intersecção; então, buscar uma ação interdisciplinar é buscar quais são os pontos que convergem e que você pode dialogar com esses saberes [...] (ORQUÍDEA).

Outro aspecto elencado pela depoente diz respeito à dimensão da ética e do profissionalismo na construção das práticas interdisciplinares, contribuindo para as decisões compartilhadas, na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida do usuário.

[...] você pode estar dialogando com esses saberes numa dimensão de ética, de profissionalismo, e saber que o objetivo da ação interdisciplinar é a promoção da saúde, é o usuário, é a pessoa, então, todo o conhecimento, ele é construído, buscando garantir a qualidade de vida desse usuário, e nesse momento todo saber que pode estar sendo canalizado para essa compreensão e principalmente o interdisciplinar ele vai colaborar nessas decisões compartilhadas (ORQUÍDEA).

Ao refletir sobre a interdisciplinaridade, Jasmin reconhece a importância de uma atuação compartilhada, no qual todos os membros da equipe participam, visando primordialmente uma atenção integral ao usuário.

É um trabalho de conjunto, que eu acredito assim, sem ele a coisa não anda, não flui; são todos participando, todos vivendo aquele momento, conhecendo os pacientes, facilitando, agente vê assim, como o foco maior o paciente. Se todos estão caminhando juntos, eu acho que as dificuldades são vencidas, não facilmente porque dificuldades tem muitas, em todas as áreas [...] (JASMIN).

A partir das concepções apresentadas por Orquídea e Jasmin, percebe-se que a interdisciplinaridade se associa a uma prática norteadas pelo diálogo entre os saberes, no intuito de concretizar ações compartilhadas pela equipe.

Dessa forma, corrobora-se a ideia de Frigotto (2008, p. 26) de que a interdisciplinaridade revela seu caráter dialético da realidade social, pautado pelo princípio da contradição, pelo qual a realidade compreende a dimensão una e diversa. Delimitando os objetos de estudo, definindo os campos sem, portanto, fragmentá-los. Significa que, ao delimitar o problema a ser estudado, devem-se considerar as múltiplas determinações e mediações históricas que o constituem.

Acácia, ao refletir sobre o tema, aproxima-se das ideias das preceptoras e da tutora, reconhecendo a importância do diálogo, acrescentando em sua fala a atuação em conjunto com as diversas categorias na área de assistência. No entanto, ao problematizar sua experiência, ressalta o fato de que, em sua percepção, na Instituição, o diálogo entre as diversas categorias ainda não é uma prática cotidiana.

Pra mim, a interdisciplinaridade é mais do que um. São vários profissionais atuando no mesmo local. A gente tem várias categorias aqui, mas é uma coisa que eu ainda problematizo muito, porque muitas vezes não dialogam entre si [...] Acho que é isso que caracteriza a interdisciplinaridade; é você em uma determinada situação ter os diversos saberes atuando, mas que esses saberes dialoguem entre si, que eles saibam o que cada um *tá* fazendo, o que cabe a cada um, e saber respeitar o espaço de cada um e saber quando ele pode entrar também pra atuar em conjunto (ACÁCIA).

Nesse horizonte, Pombo (2004, p. 3) esclarece que as ações nomeadas como interdisciplinares se configuram em disciplinares, ou seja, trata-se da “incapacidade que todos temos para ultrapassar os nossos próprios princípios discursivos, as perspectivas teóricas e os modos de funcionamento em que fomos treinados, formados, educados”.

A formação no contexto da Residência corrobora a ampliação das competências e dos saberes compartilhados, os quais tencionam a especialização do trabalho, norteadas pelos saberes utilizados de forma privativa. Ressalta-se que as ações privativas das profissões devem ser norteadas por um conjunto de valores pautados nos princípios do SUS, em consonância com a produção de saúde (MERHY, 2007).

Os discursos das assistentes sociais acerca da compreensão da interdisciplinaridade contemplam também a importância de se conhecer as competências relativas às diversas categorias profissionais envolvidas no trabalho na área da saúde, a fim de compartilhar os saberes e desenvolver ações em conjunto.

Pra mim, interdisciplinaridade seria que esses saberes se comunicassem na assistência do paciente através da comunicação dos profissionais. Interdisciplinaridade seria discutir casos em conjunto, cada profissional saber qual que é a competência do outro, para saber fazer um encaminhamento legal, para saber discutir um caso e compartilhar saberes; mas não um saber que se dilua, mais numa perspectiva de integralidade, que no final vai repercutir para o paciente em uma assistência de melhor qualidade, porque aquelas categorias conversaram, sentaram, discutiram e definiram juntas uma conduta pra aquele paciente, considerando todos os aspectos. Pra mim, isso é interdisciplinar. (ÁSTER).

Os discursos se articulam com as análises de Japiassu (1976) e Fazenda (2011) no que diz respeito à importância de refletir sobre a interdisciplinaridade a partir da perspectiva do diálogo e da interação entre as disciplinas, superando a etapa da multidisciplinaridade, uma

vez que, nessa etapa, os saberes estariam justapostos, embora se configure como uma etapa para se chegar à interdisciplinaridade.

Na concepção de Girassol, a interdisciplinaridade remete a uma prática construída no cotidiano profissional, pautando-se no conhecimento das especificidades de cada categoria. Essa perspectiva é abordada por Severino (2010), ao afirmar que a interdisciplinaridade não realiza uma eliminação das diferenças, uma vez que reconhece as diferenças e as especificidades, ressaltando que elas se complementam de forma contraditória e dialética.

[...] Na minha concepção, é você ter uma prática com outras, uma atuação que está envolvida com outras categorias profissionais; por exemplo, uma equipe que trabalha de maneira interdisciplinar é uma equipe formada por profissionais de várias categorias em que cada um sabe a especificidade do seu trabalho e você sabe quando é um momento certo pra encaminhar para aquele outro profissional, mas, assim, sem intervir ou invadir a prática do outro, querer se tornar assim um profissional de conhecimentos gerais de todas as profissões. É você realmente saber onde é o seu lugar e o lugar do outro profissional [...] (GIRASSOL).

A atuação em equipe, amparada pelo enfoque da interdisciplinaridade, compreende a articulação dos diversos saberes que os conformam, no intuito de obter a resolutividade das ações em saúde. Nesse sentido, os profissionais precisam conhecer a particularidade de cada trabalho, reconhecendo o seu valor em cada situação demandada pelos usuários (CLOSS, 2012).

[...] eu acho que o que caracteriza interdisciplinaridade é você, em uma determinada situação, ter os diversos saberes atuando, mas que esses saberes dialoguem entre si, que eles saibam o que cada um está fazendo, o que cabe a cada um, e saibam respeitar o espaço de cada um e quando ele pode entrar também pra atuar em conjunto. (ACÁCIA).

Nesse contexto, a interdisciplinaridade destaca-se como mediação entre saberes e competências, no intuito de possibilitar a convivência entre as diferenças. Furtado (2007, p. 245) assevera que “[...] o conceito de interdisciplinaridade vem apontar a insuficiência dos diversos campos disciplinares, abrindo caminhos e legitimando o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento.”

Na trajetória em busca de compreender a interdisciplinaridade e as práticas que possibilitam sua efetivação, em alguns discursos se percebeu que, sobretudo no campo da saúde e no âmbito das instituições hospitalares, ainda persiste a predominância do modelo biomédico. Nesse sentido, os programas de formação em serviço constituem uma proposta

pedagógica destinada a tornar a rede de serviços de saúde em espaços de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005).

Esse aspecto é enfatizado no discurso das assistentes sociais acerca da efetivação da interdisciplinaridade na área da saúde, destacando como desafio a ser superado a centralidade do saber médico na condução das ações em equipe.

[...] Lógico que a referência é o médico, mas ele não é dono de tudo, se não tiver a equipe multiprofissional, interdisciplinar como se chama... Cabe realmente àquela equipe estar integrada para trabalhar junto e para saber quem é quem?! Quem pode dar uma contribuição naquele momento ou todos, ou uma parte certo, e agora não é fácil o programa trabalhar dessa forma. Teoricamente, é uma coisa muito boa, mas, na prática, se sente dificuldade, tá! (JASMIN).

Ainda sobre a interdisciplinaridade, Áster reconhece os desafios para a efetividade dessa prática:

A gente pouco sabe, assim, a gente acompanha o mesmo paciente, você pega o prontuário e tem dez profissionais atendendo. [...] Ou por falta de iniciativa nossa mesmo em buscar entender o que cada um fez, ou não há esses momento... Assim, não vejo com tanta frequência esses momentos de reunião de intervenção coletiva [...]. Pra mim, o que não é multiprofissional é o médico decidir uma coisa só, aí essa decisão desce, aí o assistente social sabe, aí consegue falar com uma psicóloga, mas aí, de repente, a gente não consegue mais achar o médico, aí fica uma conduta toda fragmentada e a assistência do paciente fica comprometida. (ÁSTER).

De acordo com as falas, as entrevistadas ressaltam que as decisões em torno da tomada de decisões em relação às necessidades do usuário ainda ocorrem de maneira verticalizada. Essas percepções se aproximam das análises de Pasini e Guareschi (2010), ao afirmarem que a racionalidade da ciência moderna no âmbito da saúde representa a hegemonia do saber médico e da concepção fragmentada do homem em detrimento do todo. Esse modelo, denominado biomédico, tem sido questionado na contemporaneidade, contudo, ainda prevalece na orientação das práticas médicas e dos demais profissionais que atuam na área da saúde.

Reforçando a necessidade da discussão e a construção de uma “intervenção coletiva”, Acácia reflete:

[...] Pra mim, a interdisciplinaridade é mais do que um, são vários profissionais atuando no mesmo local. Aqui tem várias categorias, mas uma coisa que eu ainda problematizo muito é que muitas vezes não dialogam entre si. A gente pouco sabe. Assim, a gente acompanha o mesmo paciente, você pega o prontuário e tem dez profissionais atendendo, aí é ou a gente por falta de iniciativa nossa mesmo busca entender o que cada um fez, ou não há esses momentos. Assim, não vejo com tanta frequência esses momentos de reunião de intervenção coletiva [...] (ACÁCIA).

Dália, em suas reflexões, denota a concepção de que a interdisciplinaridade é um processo em construção. Ao reconstruir sua trajetória na Instituição, ressalta a sensação de que as ações desenvolvidas pelo Serviço Social ainda não constituem a efetivação da interdisciplinaridade. A profissional aponta a segmentação como um aspecto a ser superado. A concepção fragmentada do mundo e do homem ainda perpassa todas as ações em saúde na unidade hospitalar, centrada no modelo de assistência biomédico.

A interdisciplinaridade tem sido construída... Eu acho que são doze, treze anos de Hospital e nunca me senti, me percebi trabalhando numa equipe interdisciplinar. Porque o nosso trabalho sempre foi muito à parte. Assim, na verdade, é um trabalho que atravessa todos os processos do Hospital [...]. Mas a gente... Você sabe assim do que eu tô falando? Se a gente não tiver buscando essa interdisciplinaridade, os próprios profissionais dificultam esse trabalho, cada um no seu segmento, segmentando a saúde, o paciente, sem essa concepção do todo. Cada um tem a sua especificidade de trabalho, mas a gente precisa trabalhar de uma forma interdisciplinar, tendo a percepção de que esse paciente não é só um pedaço do que tá doente, de um corpo adoecido, mas um ser humano percebido na sua totalidade, e daí essa dificuldade mesmo da interdisciplinaridade. (DÁLIA).

Ainda segundo Dália,

[...] Na nossa inserção, mesmo dentro do Transplante Renal, acho que a gente já consegue essa interdisciplinaridade, a gente consegue discutir um caso, o médico dá mais atenção ao social. O Serviço Social com a Psicologia, a gente tá sempre fazendo essa ligação. Uma coisa que eu percebo lá no transplante também é que, se o paciente vai transplantar mesmo, ele já preparado clinicamente, mas esse dá a atenção ao psicossocial. ‘Olha esse paciente, tá acontecendo algum problema aqui’, então, volta para o Serviço Social. Acho que isso é interdisciplinaridade. (DÁLIA).

Os discursos confirmam as análises de Pombo (2004) em relação à importância da capacidade de partilhar aquilo que se considera como “domínio do saber”. Nas palavras da autora, esse processo significa deixar a segurança da linguagem técnica de cada especialidade e se arriscar num espaço coletivo, onde não existe um único proprietário.

Como evidenciado, os conhecimentos advindos das reflexões abordadas neste tópico indicam a importância da interdisciplinaridade nas práticas do Serviço Social, sobretudo no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde. Julga-se esse momento relevante para compreender as contribuições da Residência como espaço de formação na perspectiva da interdisciplinaridade, na percepção dos sujeitos dessa pesquisa.

4.3.2 A interdisciplinaridade nas práticas do Serviço Social na área de assistência em transplante: o olhar dos diversos atores

No cotidiano de trabalho, o assistente social depara-se com as múltiplas expressões da questão social, objeto de intervenção, demandando uma compreensão ampla da realidade e a identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. Sob esse prisma, a intervenção deve abordar a dimensão teórico-política, abrangendo a identificação das condições materiais de vida, as respostas no âmbito do Estado e da sociedade civil, o fortalecimento dos espaços de organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos (CFESS, 2010).

Nesse horizonte, ancorada no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão, a atuação dos assistentes sociais no campo da saúde requisita competências que corroboram a compreensão do aspecto histórico-social em que se situa sua intervenção: apreensão dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais; análise do movimento histórico da sociedade brasileira; significado social da profissão e de seu desenvolvimento histórico-social, identificação das demandas presentes na sociedade, a fim de elaborar respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Para Closs (2012, p. 41), a construção da interdisciplinaridade é compreendida como um movimento de “[...] sínteses e totalizações provisórias na apreensão da realidade e na intervenção nela – deve partir da reflexão sobre as necessidades sociais postas no cotidiano do trabalho, as quais demandam ações que transcendem os conhecimentos de uma área específica.” Nessa perspectiva, a autora assinala a necessidade permanente de integração de saberes e da construção de competências compartilhadas.

Em consonância com as ideias de Closs (2012), Dália reflete sobre a prática do serviço social na perspectiva interdisciplinar, compreendendo-a como uma ação em permanente construção, ancorada pelos valores e concepções dos profissionais.

[...] ainda é incipiente, eu acho que tá sempre em construção, porque acho que a gente, até pela própria... Por essa visão predominante biomédica, então, acaba a gente tendo essa dificuldade de trabalhar de forma mais interdisciplinar; mas acho

que vai ser sempre uma construção, não tem essa de acho que não vai nunca existir. Essa ‘a interdisciplinaridade foi contemplada que a gente já materializa’, porque há a renovação dos profissionais, cada um dentro dos seus valores, das suas concepções, e até que esse profissional também perceba a importância, dessa interdisciplinaridade, eu acho que a gente tem que estar sempre construindo, para que isso venha se materializando pelo menos de uma forma não muito consolidada. (DÁLIA).

Ainda conforme Dália, a concepção de interdisciplinaridade expressa um sentido de construção que se processa no cotidiano profissional de forma dinâmica e inacabada.

Jasmin, por sua vez, revela uma realidade diferenciada, salientando que o trabalho do assistente social é reconhecido pela equipe no contexto do transplante de medula óssea (TMO), principalmente pelas ações desenvolvidas e pelo engajamento profissional, argumentando que as outras categorias identificam as demandas a serem encaminhadas para o Serviço Social, bem como os seus “limites e possibilidades” de intervenção. Nas suas palavras,

[...] todo assistente social, tanto do transplante, do qual eu participo, ele é visualizado dentro e fora da equipe; então, em todos os momentos, ele participa, ele é citado, ele é procurado. É realmente assim, faz parte mesmo da equipe, não é só uma figurinha lá dentro da equipe, e todos lá conhecem, né, não é nem o trabalho, mas as possibilidades e os limites do Serviço Social. (JASMIN).

O trabalho em equipe no contexto do transplante de medula óssea se consolida no cotidiano profissional, conforme o discurso de Jasmin. Nesse prisma, ressalta-se que o trabalho em equipe deve ser estimulado no contexto da atenção em saúde, no qual as competências do assistente social são especificadas, reconhecendo, assim, as ações interdisciplinaridades como uma perspectiva a serem materializada.

Conforme preconiza Iamamoto (2002, p. 41), “[...] é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais.” As palavras da autora expressam a importância de reafirmar que os profissionais devem desenvolver ações de forma compartilhada; entretanto, as especificidades de cada profissão devem ser consideradas no contexto do trabalho em equipe. Nesse prisma, a autora assinala que “São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças.” (IAMAMOTO, 2002, p. 41),

Áster considera que, no contexto do transplante, a interdisciplinaridade não se constitui uma prática sistemática do cotidiano, embora, reconheça que, no primeiro momento, a assistente social intervém nas demandas dos usuários. No entanto, em virtude da

complexidade das necessidades de saúde, o profissional busca o diálogo com outras categorias, visando articular e efetivar as ações.

Eu acho que não (risos). As práticas interdisciplinares são muitas disciplinas. Eu acho que isso é pontual; quando existe um caso que a gente não consegue mesmo sanar sozinho, a gente vai e fala com outro profissional, em geral a Psicologia, pra dar uma força, a Enfermagem, pra pedir uma orientação; não tem uma rotina, a equipe não entende as necessidades de criar um horário pra discussão interdisciplinar dos casos em que cada categoria se pronuncie. Como não existe esse fluxo, fica difícil; uma prática interdisciplinar exige uma postura da equipe, não só de uma categoria. (ÁSTER).

Áster explicita outros aspectos para reflexões e, entre eles, destaca a necessidade de uma “postura de equipe” no que concerne a criar espaços de discussão sobre a realidade de vida dos usuários, produzindo, dessa forma, uma prática interdisciplinar que seja capaz de compreender os processos de cuidado integral à saúde.

Ainda acerca da interdisciplinaridade, Rodrigues (1995, p. 156) salienta que esse conceito abrange uma reflexão sobre a postura profissional que “[...] permite se pôr a transitar o espaço da diferença com sentido de busca, de desvelamento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar [...]”.

Em consonância com o pensamento da autora, Áster aborda a interdisciplinaridade como o diálogo necessário entre as diversas categorias, visando primordialmente compreender a realidade dos usuários, ancorados na perspectiva do “desvelamento” da pluralidade de percepções que um objeto investigado proporciona.

Então, eu acho que a gente busca, sim, é esse contato com outras categorias bastante... Por exemplo, o paciente é analfabeto, a gente busca contato com a Farmácia, expõe a situação e fala ‘tenta trabalhar essa alta com um pouco mais de antecedência pra esse paciente ter autonomia em relação a terapia medicamentosa que ele vai ter que fazer’. A gente percebe que seria uma demanda pra Psicologia, sinaliza isso e vai tentando fazer esses contatos, que é uma postura interdisciplinar, mas não é, por não ser fluxo, não ser rotina do serviço, acaba que fica fragilizando. (ÁSTER).

Ainda sobre a interdisciplinaridade no contexto das práticas, Áster reafirma que o assistente social busca a interconexão com outros profissionais no intuito de ampliar a ação na perspectiva de atender as diversas demandas relacionadas ao cuidado com a saúde. Contudo, sinaliza que essa ação interdisciplinar ocorre sobretudo na experiência vivida pelo residente, embora, no contexto do Serviço de Transplante, ela emergja de forma fragilizada.

Os discursos acerca das práticas têm demonstrado que os profissionais convivem com realidades em que a construção da interdisciplinaridade ainda representa um desafio.

Girassol considera que, na área do transplante, as ações são “fracionadas”, e aponta como uma das causas dessa fragmentação a impossibilidade de os profissionais de todas as categorias atuarem de maneira integrada no ambulatório.

Nessa perspectiva, Girassol destaca que, no transplante, a maioria dos profissionais atua tanto no ambulatório quanto em outros setores institucionais. Esse fato, em sua análise, dificulta o diálogo entre as diversas categorias, repercutindo na concretização das ações interdisciplinares voltadas para a atenção ao usuário.

[...] a realidade do Transplante, ela é ainda é muito fracionada, porque a gente fica mais no setor; o ambulatório seria o ambiente perfeito pra ter essa prática interdisciplinar, bem integrada mesmo, se todo mundo ficasse lá. Mas não é assim que funciona. O farmacêutico fica na Farmácia, o assistente social fica na sala do Serviço Social, às vezes vai ao ambulatório e acaba se encontrando nos corredores com os outros profissionais [...]. O Residente, principalmente, tem o telefone do seu colega, você sabe quando chamar e tudo, mas ainda não é a forma como eu visualizei e que já acontece em outras áreas; mas também ainda talvez não seja a forma ideal, mas que já tá na frente em relação a esses aspectos. (GIRASSOL)

Em seu discurso, Girassol ressalta ainda que, para a efetivação de práticas pautadas na interdisciplinaridade, não é suficiente que os profissionais estejam atendendo no mesmo espaço. É fundamental a existência de planejamento, diálogo e compromisso de todos os envolvidos no processo de atenção em saúde a fim de possibilitar o compartilhamento dos saberes.

[...] É, você, você está no mesmo dia daqueles outros profissionais, mas você nem encontra esse profissional, pode ser que encontre, mas pode ser que não. Ninguém conversa porque, se depois de cada atendimento daquele dia, tivesse um momento de você sentar, conversar e discutir e tal [...] (GIRASSOL).

Acácia, em seu discurso, destaca a importância das contribuições do Serviço Social no acompanhamento do paciente durante o tratamento, desde os primeiros atendimentos, no período de internação e na alta. Contudo, ressalta-se que muitos desses usuários são oriundos do interior do estado ou de outras regiões do País, e essas características constituem demandas complexas, considerando que no processo de adoecimento incidem determinantes de ordem socioeconômica, cultural e da dinâmica familiar.

No entanto, em muitas situações, fatores que comprometem a adesão do paciente ao tratamento e a sua recuperação não são identificados pela equipe. Nesse sentido, Acácia assinala a importância das ações do assistente social, o qual atua na orientação relativa aos direitos sociais e nos encaminhamentos para a rede de apoio. Isso destaca o papel desse profissional como mediador junto aos demais membros da equipe, a fim de socializar as

informações do paciente que precisam ser compartilhadas, com a finalidade de elaborar ações que ampliem os direitos à saúde.

Durante esse período de experiência, vi que, de fato, a inserção do assistente social na equipe de transplante é necessária. Percebo a contribuição desse profissional durante todo o processo de pré-transplante, internação e no processo de alta hospitalar, uma vez que contribui, pautando as condições de vida em que se encontram os pacientes, quais os serviços que precisam ser acionados, uma vez que muitas vezes estes passam despercebidos pela equipe. O assistente social cumpre o papel importante de buscar a garantia e orientar não só os pacientes sobre os seus direitos sociais, mas de pautá-los junto à equipe multiprofissional. [...] (ACÁCIA).

Apoiado na fala de Acácia, percebe-se que o assistente social atua na perspectiva de garantir direitos civis e sociais da classe trabalhadora, sobretudo dos usuários do SUS, conforme os princípios fundamentais do Código de Ética do Profissional, que preconiza a

[...] defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; e posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. (BRASIL, 1993, p. 17).

Percebe-se que o assistente social no setor de transplante desenvolve ações em equipe, identificando as demandas sociais que são decodificadas pelos profissionais e encaminhadas para os equipamentos sociais da rede de cuidado com a saúde. Sob esse prisma, assinala-se que o assistente social, ao desenvolver atividades em equipe no campo da saúde, assume ângulos particulares de interpretação das necessidades de saúde do usuário, e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos profissionais que atuam na saúde (CFESS, 2010).

Acácia demonstra outros aspectos para repensar a atuação do assistente social no transplante, destacando que o acompanhamento social não ocorre de forma efetiva no pós-transplante em virtude da existência de muitas demandas para poucos profissionais.

[...] O pouco contingente de profissionais inviabiliza um acompanhamento mais efetivo no pós-transplante. Este se limita, em sua maioria, aos pacientes que fazem o tratamento em Fortaleza, custeado pelo TFD, por demanda espontânea. Ou seja, mesmo esse paciente permanecendo em acompanhamento ambulatorial por outros profissionais, se ele não procura o serviço, não ocorre o acompanhamento e não há o diálogo contínuo entre a equipe com o objetivo de repassar informações sobre o paciente. (ACÁCIA).

A fala de Acácia enfatiza ainda que o diálogo entre a equipe ocorre de forma descontínua, cuja realidade influencia a compreensão das demandas dos usuários de forma integral e totalizante.

A implantação do Sistema Único de Saúde apresenta em seu arcabouço jurídico a proposta da formação de recursos humanos em conformidade com seus princípios e diretrizes, implicando na construção de uma política de formação em serviço de profissionais aptos a atuar numa nova perspectiva voltada para a produção de saúde e de sujeitos coletivos. Nesse contexto, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde surgem como uma proposta inovadora de interconexão entre educação-trabalho-saúde, os quais somente em contexto recente são definidos como política, a partir de movimentos de mobilização.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) constitui-se como formação ao nível de pós-graduação *lato sensu* e se efetiva no âmbito da rede de serviços do SUS. Em suas análises sobre o tema, Closs (2012, p. 36) assevera que:

[...] a potencialidade reside em estar orientada para o atendimento ampliado às necessidades de saúde, para a qualificação do cuidado frente aos processos saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Para tanto, a formação ocorre através da integração do eixo ensino-serviço-comunidade e da permanente inter-relação entre os núcleos de saberes/práticas das profissões envolvidas na formação com o campo da Saúde Coletiva.

Na perspectiva de possibilitar reflexões acerca desse processo formativo que congrega diversas categorias profissionais e saberes, considerou-se relevante apreender as percepções das residentes que vivenciaram esse processo na Resmulti/UFC.

Os discursos das entrevistadas são convergentes no que se refere à expectativa inicial em relação ao programa de Residência. Os relatos enfatizam como motivação para a inserção no programa da Resmulti/UFC a busca pela primeira experiência profissional, considerando que, das três residentes entrevistadas, apenas uma menciona uma breve experiência na área da saúde. As demais revelam anseio em vivenciar o exercício profissional articulado à formação permanente.

De acordo com os aspectos identificados nos depoimentos, a relação teoria/prática ainda persiste na contemporaneidade como uma preocupação dos assistentes sociais. Sobre esse aspecto, Acácia expressa uma percepção de que ainda existe uma dicotomia na formação entre teoria e prática, o que implicaria no delineamento de perfis profissionais diferenciados, ou seja, o profissional com perfil acadêmico e o profissional com perfil técnico.

[...] A expectativa é o aprendizado em si. O espaço de atuação na área da saúde, que é um espaço bem novo pra mim e que já há um tempo eu queria. No campo profissional, tem muito a ver uma inquietação que eu tinha desde a formação; eu via algumas pessoas que se formavam, ou que eu conhecia mesmo já na vida acadêmica em quem eu sentia essa dicotomia... Eu percebi que existia um perfil do profissional da prática e existia um perfil do profissional da academia, isso sempre me inquietou. Então, eu não queria sair da formação profissional e entrar direto no mestrado,

porque eu queria ter essa vivência do cotidiano da prática, mas, ao mesmo tempo, quando eu fui pra prática, eu senti essa ausência da problematização. (ACÁCIA).

Nessa mesma linha de abordagem de depoimento anterior, Áster relata que chegou ao programa de Residência sem nenhuma experiência: “colei grau na UECE e pulei pra Residência”. Ela elenca também que foi na Residência que realizou suas primeiras ações como assistente social, “[...] no cotidiano da prática”.

[...] em relação à expectativa profissional começando, eu cheguei muito verde aqui porque eu coleli grau na UECE e pulei pra Residência, então, eu não tive experiência em outro lugar; então, eu fiz o registro do CRESS e o primeiro carimbo foi na Residência; então, a minha expectativa era não só me especializar em uma área como aluna, mas também aprender o que é na verdade ser assistente social no trabalho, no cotidiano prático do dia a dia; então, teve muito essa questão. (ÁSTER).

Áster expressa emoção quando relata que foi na Residência que desempenhou suas primeiras ações como assistente social, evidenciando que, além da oportunidade de ter o título de especialista, foi no processo formativo do ensino em serviço que aprendeu o que “é, na verdade, ser assistente social”.

Outro fator elencado pelas residentes se refere à preocupação em decidir entre se inserir no mundo do trabalho ou continuar trilhando os caminhos acadêmicos. Na fala de Girassol, foram momentos de incertezas. “Eu me desesperei”, diz. Nesse contexto, considerando a sua trajetória de pesquisadora durante a graduação, ela decidiu inserir-se no programa de Residência, o qual reconhece como o único que permite “experiência prática” sem se desvincular da academia.

[...] O que era diferencial na graduação eu sempre fui de projeto de pesquisa, e, por muito tempo, durante a graduação, eu pensei em que quando eu terminasse eu ia direto pro Mestrado. Mas, no final da graduação, na época da monografia, eu acho que eu me desesperei tanto (Risos) que eu pensei que não era pra mim esse mundo acadêmico. Eu já tinha em mente que, se fosse pra fazer alguma coisa, eu não queria me desvincular totalmente da academia, e aí a Residência a partir do momento que eu passei que eu pude refletir um pouco mais nesse lado bom, porque eu ia adquirir experiência prática, é o único programa de pós-graduação que oferece essa oportunidade. (GIRASSOL).

Importa salientar que as reflexões supramencionadas das residentes revelam a percepção da existência da dicotomia entre teoria e prática, a qual é identificada quando as entrevistadas se referem às expectativas acerca do programa da Residência, como um cenário para se aprender a prática. Contudo, Baptista (1995, p. 115), ao se deter sobre essa questão, destaca que:

O saber que informa a ação profissional cotidiana é complexo: emerge de uma combinação histórica específica de diversos modos de conhecimento, simultâneos e interatuantes, mas, de certo modo, hierarquizados: um é dominante e impregna todos os demais, modificando as condições de funcionamento e desenvolvimento [...] Na prática profissional, as mediações entre a elaboração teórica, a projeção e a intervenção se dão de maneira complexa: têm de responder a questões muito concretas, socioeconômicas e políticas de uma sociedade extremamente diversificada, colocando-se diante de problemas muito específicos.

Nessa perspectiva, a autora reconhece que o profissional, ao apreender a realidade no intuito de definir a forma de intervenção, realiza, no mesmo movimento, aproximações e análises críticas que subsidiam suas ações. Parafraseando Baptista (1995, p. 114), “[...] mesmo a resposta mais imediata e cotidiana, contém em si uma referência à consciência: é sempre um ato no qual a intencionalidade precede [...]”

A Residência como um cenário de ensino em serviço configura-se também, de acordo com Silva e Caballero (2010), na produção de realidades e de modos de existência em interconexão com a elaboração de modelos de gestão e processos de trabalho.

Diante das expectativas elencadas pelas residentes, considerou-se relevante retornar aos depoimentos, no intuito de desvelar como esses atores analisam o processo formativo vivenciado na Resmulti/UFC. Nessa ambiência, Acácia reconhece a importância da Residência como um espaço capaz de ampliar seus conhecimentos, fundamentando e qualificando suas ações na Residência e em sua inserção no mercado de trabalho, como assistente social, especialista na atenção em saúde.

As reflexões de Acácia corroboram a afirmação de Feuerwerker (2005), que considera a vivência como um momento que potencializa a aprendizagem.

A Residência é um espaço que pode me potencializar no sentido de, futuramente, em qualquer espaço que eu atuar, eu me organizar para que a minha rotina de serviço seja assim; que eu consiga subsidiar melhor as minhas ações. E, do ponto de vista pessoal, querendo ou não, a gente busca qualificação também pra ter uma melhor condição de vida. (ACÁCIA).

Os programas de Residência Multiprofissional ressaltam a importância de mudanças na formação de recursos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma formação pautada no trabalho interdisciplinar e coletivo, consoante os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (CASTRO, 2013). Nesse contexto, esses programas se configuram para muitos profissionais recém-graduados, na oportunidade de formação qualificada, possibilitando vivências em todos os níveis de atenção à saúde que integram o Sistema Único de Saúde.

Áster enfatiza a importância da Residência em sua formação teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política ao afirmar que o espaço da Residência corroborou em sua formação, como assistente social. Outro aspecto apontado diz respeito ao fato de que, como residente, conta com o apoio da preceptora no processo de construção compartilhada de saberes e fazeres.

[...] Pra mim, a Residência, quando, justificando o que eu falei que é um espaço ímpar, porque eu tive a oportunidade de quando alguém me pergunta ‘como é que você vai sair da Residência?’. Aí eu respondo ‘vou sair assistente social, porque foi aqui que eu aprendi a ser assistente social, ainda com outro peso porque não tem, assim, aquela responsabilidade nos ombros da assistente social do serviço formada, mas você atende, e você carimba e é responsável por aqueles atendimentos que você realiza e como assistente social graduada. (ÁSTER).

Sobre essa questão, Áster acrescenta que:

[...] Assim, é um espaço ímpar porque, ao passo que isso ocorre, ocorre em paralelo a questão do ensino, que são as aulas pras quais você é chamado dentro daquela carga horário do programa. Então, a residência, ao passo que me formou como assistente social, me possibilitou ser aluna desse processo; eu aprendi, estou aprendendo ao longo de dois anos a como ser assistente social. Então, em relação à questão profissional vem muito disso, essa questão de sair da academia e ir pro campo sócio-ocupacional e trabalhar como assistente social, pra mim, É essa questão formativa de aperfeiçoamento, de qualificação profissional que a residência traz bastante. (ÁSTER).

As contribuições de Áster evidenciam também aspectos relacionados à formatação do programa da Resmulti/UFC, denominando de “modelo fechado”, em virtude da carga horária e do controle realizado por meio do ponto eletrônico. A residente assinala também que a convivência com profissionais de diversas áreas e posturas implicou a necessidade em desenvolver a habilidade em lidar com momentos de tensão e percepções divergentes.

[...] também eu acho que o modelo desse programa específico aqui do Hospital é muito fechado; você precisa bater ponto e fica o dia inteiro [...] eu acho que no lado pessoal traz a possibilidade de você desenvolver características importantes de convívio, exercitar muito a paciência, a tolerância, porque você vai ter tempo de conhecer tudo que há de bom ou não nas pessoas, e isso é importante, no meu ponto de vista. Está sendo importante aqui na Residência e em qualquer lugar que eu estiver; na forma de me relacionar, de lidar tanto com a equipe do Serviço Social quanto com os profissionais de outras categorias. Eu acho que, nesse sentido, é algo muito válido que eu iria aprender aqui e que vai me ser útil para sempre (Risos). (ÁSTER).

As reflexões de Girassol também ressaltam a potencialidade dos programas de Residência como cenários de formação ao nível de uma pós-graduação. Nessa perspectiva, a

possibilidade de ampliação de seus conhecimentos representou o não rompimento com a pesquisa e com a Universidade.

[...] a partir do momento em que eu passei, as expectativas eram as melhores. Porque eu já tinha tido uma experiência curta de um mês e meio depois da graduação e acabei largando por conta da Residência. Finalmente, eu ia poder me aprofundar mesmo como profissional, aprender muito mais. Eu não ia me afastar da academia, e essa era a minha maior expectativa. Eu ia poder continuar estudando e adquirir mesmo uma experiência, porque, quando a gente se forma, ainda é muito precário, a gente não tem experiência profissional mesmo, então, é isso. (GIRASSOL).

Girassol destaca que a vivência na Resmulti/UFC possibilitou continuar aprimorando seus conhecimentos no campo da saúde, haja vista que desde a graduação vem se dedicando a estudos nessa área. Ao se inserir na Residência, teve a oportunidade de ampliar os conhecimentos, principalmente no âmbito hospitalar. De acordo com a residente, espera continuar atuando no referido campo.

[...] Isso, e como eu queria, eu já tinha experiência na área da saúde, minha monografia era na área da saúde, então, é, também eu pensava muito nisso, eu tava na área que eu queria, entendeu? Fiquei muito feliz, com as melhores expectativas, porque eu pensei 'não, então, depois da Residência, eu também vou poder continuar nessa área que eu gosto, né, que era a área da saúde hospitalar, assim, na verdade'. (GIRASSOL).

Os discursos expressam percepções e cenários, vivências individuais de sujeitos coletivos, situadas em dado contexto histórico. Escutar requer cuidado, uma vez que os relatos não são lineares. Eles estão nas palavras e na maneira como são articuladas, nos silêncios e nos gestos.

Ao refletir sobre as práticas do assistente social na Residência Integrada Multiprofissional, na área de assistência ao transplante, Acácia destaca a atuação do profissional no que se refere à orientação em relação aos direitos e as ações que visem ao empoderamento desses usuários.

Eu acho que o Serviço Social, principalmente depois que eu entrei na Residência, que eu já considerava importante, acho que ele é essencial para não só atuar nessa dimensão da orientação em relação aos direitos, mas principalmente do empoderamento desses pacientes. São pacientes muito carentes de informação [...], que precisam fazer um tratamento, se deslocar da sua casa e mudar toda a sua rotina de vida e você ter uma assistente social como referência nesse momento que pode ser, não sei nem se é luz no fim do túnel, se teria um termo certo [...] (ACÁCIA).

Importa salientar o pensamento de Acácia no que concerne à atuação do serviço social no transplante, enfatizando as ações realizadas no atendimento direto ao usuário, com destaque para a orientação que visa ampliar e garantir os direitos sociais.

Conforme as reflexões do grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde” (CFESS, 2010), as ações que predominam no atendimento direto são as socioassistenciais, as de articulação interdisciplinar e as socioeducativas, que integram o processo coletivo do trabalho em saúde, de forma complementar e indissociável.

Destaca-se que uma das principais ações socioassistenciais a serem desenvolvidas pelo assistente social se refere “[...] à democratização das informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.” (CFESS, 2010, p. 44).

No campo da saúde, os profissionais empenham-se em desenvolver ações socioassistenciais relacionadas à mobilização da rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais. Nesse sentido, Acácia ressalta que, no contexto do transplante, o assistente social exerce ações intersetoriais no intuito de garantir o cuidado integral à saúde do usuário, buscando articulação entre as redes de atenção à saúde.

[...] O assistente social tem esse papel de empoderar os usuários, de orientar no sentido de fazer buscar o direito dele, de fazer ele perceber essa dimensão do direito, de acionar os órgãos que são responsáveis pra entender a questão do direito ao acesso à saúde, não só meramente a consulta médica, mas a todo o recurso de que ele precisa pra se manter na fase daquele tratamento para além da Assistência Médica Hospitalar; então, o assistente social cumpre esse papel e deve se articular com rede de apoio, fazendo com que se compreenda o conceito de saúde mais amplo; é assim como eu vejo atualmente. (ACÁCIA).

Nogueira e Miotto (2006), ao caracterizarem as ações profissionais na saúde, consideram que há três processos básicos, dialeticamente articulados: processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais.

Iamamoto (2009) exprime a ideia de que o assistente social desenvolve ações na intermediação entre as demandas dos usuários e o acesso aos serviços sociais, posicionando-se na linha de intersecção das esferas pública e privada, como um dos agentes pelo qual o Estado intervém na esfera doméstica dos conflitos que perpassam as relações sociais. Nesse contexto, a atuação do (a) assistente social pode demonstrar uma “invasão da privacidade” por meio de atitudes autoritárias e burocráticas, revelando-se como extensão da ação coercitiva do Estado. Entretanto, o profissional pode ampliar o acesso das famílias a recursos e serviços, e acumular informações sobre as expressões contemporâneas da questão social pela via do estudo social.

Na fala de Girassol, depreendem-se elementos de importância singular para compreender a prática do Assistente Social no Programa da Resmulti na área de assistência de transplante. Inicialmente, ela reconhece que o assistente social integra a equipe

multiprofissional das três áreas do transplante: renal, hepático e medula óssea, destacando as particularidades de cada área de concentração.

O assistente social, ele está inserido em todas as equipes de transplante aqui do Hospital, ele está no Transplante de Medula, no Hepático, e no Renal. E eu vejo como se em cada um deles ele se inserisse de uma maneira diferente. A Residência, o Residente, geralmente, ele fica mais no Transplante Hepático e Renal, tanto que eu fiquei no Transplante de Medula Óssea, mas nunca tinha acontecido, foi mais uma identificação pessoal e eu acho que deu certo [...] (GIRASSOL).

Girassol explicita outros aspectos que fomentam reflexão, entre eles as competências do assistente social no campo da saúde, ressaltando que o profissional realiza atendimento social na sala do Serviço Social, nas enfermarias e no ambulatório de transplante. Contudo, não há uma disponibilidade de tempo exclusivo para o serviço. Esse fato, nas observações da residente, interfere na inserção e no reconhecimento desse profissional.

[...] Aqui no nosso setor, a gente tem treze profissionais pra darem conta do Hospital inteiro, então, as assistentes sociais que são referências pra cada transplante têm que se dividir entre o atendimento em sala, a enfermaria e o ambulatório, e acaba que isso prejudica um pouco a inserção do assistente social nas equipes. Porque elas não conseguem ficar o tempo todo com a equipe do ambulatório, porque tem profissional que fica somente no ambulatório; então, como ela se divide, às vezes, a equipe não visualiza tanto a presença dela. Claro que eles sabem que existe assistente social e contam com ela quando tem problemas, mas é diferente quando você tem aquele profissional com toda a sua carga horária naquele espaço [...] (GIRASSOL).

Ainda sobre a prática do assistente social na assistência em transplante, Girassol contextualiza a dinâmica diferenciada nos respectivos cenários. No que tange ao serviço de transplante de medula óssea, destaca a integração da assistente social junto à equipe multiprofissional, considerando o tempo de atuação no setor e a participação efetiva nas sessões clínicas como fatores relevantes para o reconhecimento do serviço social pelos demais profissionais.

Em se tratando dos outros serviços, Girassol assinala o pouco tempo que as assistentes sociais têm para dedicar aos momentos de discussão e de tomada de decisão, o que “fragiliza um pouco a voz dessa profissional dentro da equipe”:

[...] O transplante que eu faço parte... Eu acho que a profissional, ela é muito reconhecida, também por uma questão, assim, que ela já tá há muito tempo no Serviço. Ela foi a primeira assistente social a ir para esse serviço; ela participa das sessões clínicas, tem oportunidade de estar nessas reuniões, e é onde a equipe se reúne, porque nesse transplante ainda é muito novo, e a equipe também tem poucos profissionais de forma geral e é muito fracionada mesmo; então, nos momentos em que estão todos os profissionais, são as reuniões, as sessões, e lá ela sempre está. Então, acho que ela consegue se mostrar como parte da equipe; às vezes, pela rotina dos outros profissionais dos outros transplantes, não; elas não conseguem estar

nesses momentos de reunião, de tomada de decisão, de discussão, e aí eu acho que isso fragiliza um pouco a voz dessa profissional dentro da equipe. (GIRASSOL).

A atuação do assistente social no campo da saúde deve pautar-se pelos conhecimentos e pelas novas requisições à profissão, articulados aos princípios da reforma sanitária e do projeto ético-político do serviço social. Dessa forma, o profissional formula respostas qualificadas às necessidades dos usuários (BRAVO; MATOS, 2006).

Girassol expressa o reconhecimento da atuação da assistente social no âmbito do transplante de medula óssea, destacando a sua ampla experiência profissional. Contudo, salienta que algumas demandas do usuário encaminhadas para o serviço social não constituem objeto de intervenção do profissional.

O que o assistente social faz? É o que eu faço no transplante que eu fico, que é o de medula óssea [...]. Apesar de a profissional já estar há muito tempo nesse serviço, ela tem credibilidade dentro dele. Eu tenho plena consciência de que vêm demandas que não são nossas, porque, historicamente, nesse transplante faltava profissional pra muita coisa, então, surgiam problemas que não tinha ninguém pra resolver, e acabava que não sei por que vinha parar no serviço social. E a gente pegou demandas que não são nossas e que a gente vai carregar por muito tempo [...] (GIRASSOL).

Importa observar as reflexões elaboradas por Vasconcelos (2006) ao enfatizar que os assistentes sociais constroem uma lógica de organização do seu trabalho e estratégias de ação. Dessa forma, os profissionais, ao se organizarem, desenvolvem ações no plantão e em programas sociais. A autora argumenta que essa forma de organização do serviço social na saúde e a atitude dos profissionais de se manifestarem de forma dependente e submissa ao movimento das unidades de saúde – às rotinas institucionais, aceitando as demandas explícitas dos usuários – resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao serviço social, o que determina a qualidade, a quantidade e a direção do trabalho dos assistentes sociais.

O discurso de Girassol revela que algumas demandas dirigidas para a assistente social no contexto do transplante de medula óssea não comportam a dimensão da especificidade, destacando que demandas relacionadas à marcação de exame e cotas para aquisição de medicação não caracterizam ação profissional do assistente social. Convém ressaltar que essas ações remontam à atuação do serviço social na perspectiva do neoconservadorismo.

[...] então, às vezes, tem um exame que a gente faz que é o HLA, no Hospital que eu fui no Rio de Janeiro, no INCA, a assistente social não sabe nem o que é isso. Aqui a gente faz quase que uma marcação de exame, faz uma entrevista, tudo bem, mas

tipo é um procedimento clínico, e aí chega o resultado pra gente, e eu não entendo por que essa é uma demanda nossa. E tem outras coisas... Às vezes, eu escuto médicos falando “ah, tava faltando uma medicação”, e esse problema apareceu na equipe e o paciente não tinha dinheiro pra comprar, não tinha a medicação no Hospital e ele teria que comprar, aí falaram ‘ah, a assistente social faz uma cotinha, não sei o quê’. Uma questão totalmente assistencialista e de que a gente tenta se desvincular, mas que, às vezes, a própria profissional é tão envolvida no serviço que, vendo a necessidade do usuário, talvez acabe fazendo [...] (GIRASSOL).

Girassol argui que as ações do serviço social, no contexto do transplante de medula óssea, corroboram a construção da identidade profissional. Portanto, deve-se refletir sobre as competências do profissional no campo da saúde.

[...] mas isso vai construindo um perfil sobre o que é a nossa prática, né, isso no que eu sou, no Serviço que eu estou, agora nos outros Serviços, eu não vejo muito essa questão desse favor, dessas questões que eu vejo no que eu estou, mais talvez, também tem outras dificuldades, mas não são essas né no caso, eu acredito que nos outros, eles sabem sim quando chamar o assistente social, apesar de às vezes demorar pra chamar o assistente social né, acho que é mais isso assim. (GIRASSOL).

Áster também ressalta o reconhecimento do Serviço Social no âmbito do transplante de medula óssea, destacando as competências desenvolvidas no que diz respeito às orientações e aos encaminhamentos para efetivar direitos sociais. No entanto,

Bom, em relação ao mais ou menos assim no Transplante de Medula eu acho que o Serviço Social está inserido bem, uma figura bem conhecida da equipe e que tem assim um papel bem definido de orientação, de encaminhamentos, de esclarecimentos, mas eu ainda acho que não é aquele profissional chamado a se pronunciar numa discussão de caso, é mais quando existe uma questão que a equipe identifica que é social, por exemplo, cadê o transporte que não veio buscar o paciente? Cadê o paciente que tá com dificuldade em fazer um agendamento de uma consulta de exame? E a assistente social? Que acho que isso nem é papel nosso, mas chega [...] (ÁSTER).

A residente tece ainda observações acerca do ambulatório do transplante hepático. Sobre esse aspecto, aponta “lacunas” no que se refere à inserção da profissional em todos os âmbitos da assistência. Destaca como um dos fatores que interferem no desenvolvimento de ações sistemáticas as várias funções desempenhadas pela assistente social no contexto institucional. No entanto, assevera ser essencial o acompanhamento do serviço social de maneira integral ao usuário do referido serviço, ou seja, desde o primeiro atendimento no ambulatório, durante o período de internação, na alta hospitalar e no pós-transplante.

Em relação ao transplante hepático, eu acho que a assistente social trabalha, tem um trabalho atuante, mas que há lacunas, no sentido de inserção na equipe toda que presta assistência. E isso a gente tem a questão das limitações de não ser um profissional exclusivo para o transplante, o que já fragiliza a inserção desse

profissional. Eu acho que a assistente social tem que se inserir nos três cenários – na enfermaria, no ambulatório e na própria sala de Serviço Social, que é onde recebemos as demandas espontâneas –, procurando fazer contato com as outras categorias na medida do possível, mesmo não havendo um fluxo, uma rotina oficial que estabeleça esse diálogo, mas a gente vai buscar esse diálogo mesmo que ele não esteja estabelecido previamente como algo que deve acontecer. (ÁSTER).

Continuando suas declarações, Áster evidencia a atuação do assistente social no que diz respeito ao acompanhamento do paciente e do grupo familiar, no intuito de compreender o processo saúde-doença no âmbito da assistência em transplante, bem como identificar as manifestações da questão social e desenvolvendo ações de enfrentamento com vistas a garantir a promoção e recuperação da saúde: “É lá que a gente vai trabalhar”.

Acho que a gente perde muitos registros de atendimento, teria que melhorar esse fluxo e, como a gente atua vendo questões de suporte familiar, quais são as condições de hospedagem do paciente em Fortaleza, como ele retorna ao município dele; nas orientações previdenciárias; intervindo no caso de uma alta que o paciente tem uma questão social que implica na alta... Entender o processo saúde/doença do paciente, como que é esse processo de transplante para as implicações desse tratamento e, do ponto de vista social, o que é que vai repercutir na recuperação da saúde desse paciente. É lá que a gente vai trabalhar. (ÁSTER).

As reflexões de Áster confirmam o pensamento de Closs (2012), a qual evidencia a pertinência em consolidar as mediações entre a questão social e os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como perceber as demandas emergentes no cotidiano do trabalho do assistente social, representando um dos principais eixos na formação dos assistentes sociais nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Conforme observado, as reflexões ressaltam a importância da interdisciplinaridade nas práticas do serviço social na área da assistência em transplante. Dessa forma, na próxima seção, abordam-se as contribuições da Residência como espaço de formação na perspectiva interdisciplinar, destacando a atuação das preceptoras e tutoras nesse processo de ensino-aprendizagem.

4.4 A contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde como espaço de formação na perspectiva interdisciplinar

No contexto da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção à Saúde, destaca-se a imperiosa atuação das preceptoras e da tutora no processo formativo do residente, tecendo orientações e supervisões articuladas com o projeto ético-político da profissão.

4.4.1 A atuação das preceptoras e da tutora no processo formativo do assistente social na Residência Multiprofissional em Saúde: a percepção dos atores

As competências do tutor e preceptor constam na Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 2, de 13/04/2012, que dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde (BRASIL, 2012b).

De acordo com as diretrizes do Ministério da Educação, o preceptor é definido como o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista, que tem como função a supervisão direta das atividades práticas desenvolvidas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa de Residência. Sobre esse aspecto, o depoimento de Orquídea aponta sua compreensão que coaduna o dispositivo legal, ao afirmar que o “preceptor é um profissional que assume o campo da prática na Residência e eles dão uma supervisão direta, colaborando na formação e na prática do residente [...]” (Orquídea).

A Resolução nº 2, de 13/04/2012, da CNRMS, em seu Artigo 11º, dispõe sobre as competências do tutor:

A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 3 (três) anos. (BRASIL, 2012b, p. 3).

Sobre o exercício da tutoria, Orquídea evidencia o aspecto da atuação compartilhada entre tutores e preceptores, a fim de compreender as questões relativas aos processos de trabalho do serviço social e a Residência, numa conspeção ampliada, considerando a normatização do programa, as diretrizes curriculares, a avaliação e os elementos relativos à organização das disciplinas específicas do serviço social.

[...] O tutor tem uma visão mais de estar avaliando, construindo a questão da formação de acordo com as diretrizes curriculares do curso, o que preconiza o Ministério da Educação e, de forma específica, o Serviço Social também preconiza as diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa no Serviço Social (ABEPSS), que também tem uma orientação curricular; e, principalmente, garantir a qualidade do Ensino, e que esses conteúdos, eles tenham toda uma visão acadêmica com o respaldo do nosso Projeto Ético-Político Hegemônico do Serviço Social [...] (ORQUÍDEA).

As contribuições de Orquídea ressaltam também a importância do tutor no que tange a proporcionar apoio e orientação acadêmica, sobretudo buscando o alinhamento teórico-prático em consonância com o projeto hegemônico da profissão. Dessa forma, deve exercer a supervisão em relação às disciplinas e às ações em serviço, fortalecendo a sua articulação com “formação em convergência com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do serviço social” (ORQUÍDEA).

[...] Então, o tutor ele atua assim, apoiando desde como as diversas disciplinas estão sendo oferecidas, se o residente está atendendo aos objetivos do programa; então, assim, o tutor está mais nessa questão de supervisionar a questão da qualidade desse ensino. (ORQUÍDEA).

Os elementos destacados por Orquídea convergem com os aspectos legais no que tange às competências do tutor preconizadas na Resolução nº 2, de 13/04/2012, da CNRMS, Artigo 12, inciso I:

[...] implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa. (BRASIL, 2012b, p. 4).

Tomando como âncora a legislação, concorda-se com o discurso de Orquídea sobre a importância do desenvolvimento de práticas pedagógicas delineadas conjuntamente pelos tutores e preceptores em consonância com a Proposta Pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde, comprometidas com a formação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, observando a necessidade de qualificação de todas as profissões da saúde.

Conforme se identifica nos discursos, nos silêncios e nas frases não concluídas, no processo de implantação e na organização da Residência, percebe-se um hiato entre o que preconiza a Resolução supramencionada e a forma como as ações do tutor e dos preceptores estão se efetivando.

Ao refletir sobre o papel da preceptoria, a entrevistada resalta a importância da experiência e do conhecimento do assistente social no contexto de formação do residente, compreendendo que a aprendizagem constitui um processo de socialização e trocas de saberes que ocorre de forma dinâmica, contribuindo para qualificar a atenção à saúde.

Eu como preceptora? Bom, a preceptora é aquele profissional que já tem certa experiência, uma história profissional, e que tem um conhecimento mais abrangente, até por a gente já vivenciar isso assim no hospital; nosso papel é realmente

orientando esse profissional... E, assim, ter muito cuidado também, porque o Residente, ele é um profissional, ele vem também pra cá pra aprender, pra compartilhar novas experiências, mas a gente precisa estar à frente [...]. (DÁLIA).

Tais percepções se associam com as ideias das assistentes sociais, em relação à compreensão do papel do preceptor no processo de formação em serviço no contexto da Residência, as quais percebem a necessidade de o preceptor se capacitar para ampliar seus conhecimentos, sobretudo pela sua contribuição na formação de recursos humanos para atuar no SUS.

Considera-se que a Residência potencializa a apreensão de novos conhecimentos a partir do encontro preceptor/residente. As reflexões das preceptoras reafirmam as contribuições teórico-metodológicas dos residentes para o aprendizado dos preceptores:

[...] a gente precisa ter um manejo para conduzir isso de uma forma também cuidadosa; às vezes a gente tem que ter muito cuidado em não estar tratando o residente como estagiário. E, na verdade, a gente aprende muito com eles, eu aprendo demais, porque eles são profissionais estudiosos, não é à toa que eles estão aqui em uma residência; para estar numa residência, não é qualquer profissional, e a gente precisa também estar se capacitando, pra poder saber conduzir isso, ser realmente o preceptor. O preceptor tem que conhecer, ter experiência, acho que é mais ou menos isso. (DÁLIA).

Sobre as contribuições da preceptora para a formação, Jasmin reconhece que há um aprendizado compartilhado:

Pra mim? Não sei. Como uma pessoa de referência, que está aqui na casa há mais tempo, com mais vivência e mais experiência, e que da melhor forma possível vai poder colaborar com quem está chegando com o objetivo da residência, que é formar e capacitar novos profissionais naquilo que a extensão oferece, com os programas que existem. É assim, não vejo o preceptor como uma pessoa que sabe tudo; eu vejo assim um aprendizado junto com os residentes, que as residentes trazem novos conhecimentos, pelo menos teórico, e a gente aprende com elas também. (JASMIN).

Os discursos das assistentes sociais suscitaram diversas reflexões, que conduziram as palavras de Dallegrave (2014) sobre sua vivência como preceptora, uma vez que se percebem diversas semelhanças a partir dos depoimentos dos sujeitos desta pesquisa. Em sua experiência, a autora fala do “fantasma” na cabeça de todo preceptor: não ter a resposta para uma pergunta do residente – “O que eu faço?” – e continua:

Nem sempre os fantasmas assustam! Eles podem conduzir ao inesperado. O fantasma pode ser simplesmente a percepção de um corpo-vibrátil ao efeito dos encontros [...], daquilo que nos atrai e do que nos afasta de algo [...] As intensidades experimentadas no encontro entre preceptora e residente, entre colegas numa prática de preceptoria, constituem outros modos de pensar os casos de que cuidamos. (DALLEGRAVE, 2014, p. 165).

Finalizando as análises no que diz respeito à percepção da atuação das preceptoras e da tutora, observa-se o empenho desses profissionais em se apropriar do processo que engloba as diversas dimensões da Residência, reafirmando o compromisso com o projeto ético-político e com a qualificação da formação no contexto do SUS e da assistência em transplante. Com base nessas considerações, no tópico seguinte, apresentam-se as percepções dos residentes acerca da materialização do processo formativo no contexto da Resmulti/UFC.

4.4.2 As contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde no processo formativo: a percepção das residentes

No processo de formação dessa Residência, a dimensão das competências dos preceptores e tutores influencia a construção do processo ensino-aprendizagem fundamentada nos princípios filosóficos do projeto político-pedagógico do serviço social. Destacam-se, portanto, os depoimentos das residentes, as quais expressam o significado dessa vivência em sua formação.

Identificam-se nos discursos das entrevistadas, alguns elementos convergentes, entre eles as dificuldades no que concerne ao diálogo entre os profissionais que integram a Resmulti/UFC, a carga horária de 60 horas, considerada inadequada pelas residentes, a sobrecarga de funções dos preceptores e a ausência de estrutura física que permita a organização de momentos para discussão, planejamento e produção teórica, como bem expressa o depoimento da residente.

Apesar da equipe multiprofissional, às vezes, não ter um diálogo, eu acho que um impasse na Residência é questão do cumprimento da carga horária [...] eu problematizaria mais a execução do Projeto do que o Projeto em si. Primeiro, porque eu acho que a carga horária poderia ser readequada, como acontece aqui pelo menos em outras Residências em Fortaleza; aqui, no Walter Cantídio, é irreal você ter uma carga horária de sessenta horas [...] Mas não basta ser uma carga horária de sessenta horas, são sessenta horas dentro de um hospital que pouco viabiliza a sua produção teórica, porque aqui a gente não tem muito espaço adequado pra estudo; a gente tenta se adaptar, não tem computadores suficientes pra você desenvolver um projeto, uma pesquisa [...] (ACÁCIA).

Acácia continua suas reflexões, evidenciando que a sobrecarga de trabalho dos preceptores também afeta o processo formativo:

[...] então, é a lógica da produção; assim, por mais que seja um espaço público, você vê que os próprios preceptores estão sobrecarregados com o serviço, com as demandas cotidianas e pouco têm tempo pra gente sentar, e ter uma orientação e desenvolver um projeto juntos, planejar. Esse espaço de planejamento é que eu acho que deixa muito a desejar, que poderia ser incorporado mais no Projeto Pedagógico.

Assim tem uma predominância muito maior de serviço em si do que espaço de planejamento, de atividade e de execução de outras atividades para além das demandas que surgem; demandas espontâneas que vão surgindo e a gente vai só dando respostas, e às vezes acaba só no imediato [...] (ACÁCIA).

Os aspectos apontados por Acácia são corroborados na análise de Ramos *et al.* (2006), que entende que a modalidade de formação em serviço deve ocorrer sob a supervisão da prática profissional em espaços adequados ao ensino em serviço, potencializando os diálogos e o entendimento das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo.

Continuando os depoimentos das residentes, Áster utiliza o termo *escassez* para se referir à precariedade da estrutura física ao afirmar: “[...] A gente trabalha, eu sempre digo, que a gente trabalha com o que não existe, que tem escassez de recursos e tudo. Tem escassez de fluxo de trabalho [...]” (ÁSTER).

Áster destaca também as dificuldades no que diz respeito às relações interdisciplinares no âmbito da Residência. Áster reafirma a importância do diálogo da equipe para a condução das intervenções norteadas pela interdisciplinaridade.

[...] escassez de entendimento da equipe em relação à importância mesmo da interdisciplinaridade, da discussão de casos que são os nossos desafios. Mas eu acho que a gente tem que sempre estar se posicionando na contramão desse processo tentando fazer melhor o nosso trabalho, tentando dá a melhor assistência ao paciente [...] (ÁSTER).

Entende-se que, apesar dos entraves, Áster destaca o compromisso ético-político dos assistentes sociais na defesa dos serviços universais e de qualidade, mesmo que isso signifique estar na “contramão” do projeto biomédico, ainda hegemônico nas ações em saúde.

Nesse sentido, as reflexões de Áster corroboram as afirmações de Closs (2013) ao ressaltar que os programas de Residência Multiprofissional constituem a “contratendência” percebida no âmbito da graduação e nas práticas em saúde. Trata-se de romper com as ações profissionais fragmentadas, no intuito de construir “competências compartilhadas”.

Girassol ressalta que, apesar de a Residência possuir carga horária superior às demais modalidades de pós-graduação *lato sensu*, o diferencial da proposta pedagógica que conjuga o ensino em serviço ainda não se configura como um aspecto valorizado pelo mercado de trabalho:

[...] a gente é muito cobrado pra depois ser comparado a qualquer outro profissional que tenha uma pós-graduação, especialização de 360 horas, quando a gente aqui tem cerca cinco mil e tantas horas; então, assim, um concurso público coloca lá a mesma pontuação em uma especialização de 360 horas pra gente. É muito triste você estar aqui ralando e ver uma situação dessas; tem muitas questões que têm que ser revistas relativas à própria estrutura da Residência junto ao MEC, que são discussões bem amplas. (GIRASSOL).

Nesse sentido, Girassol destaca o fato de que alguns residentes egressos se sentem insatisfeitos em relação à importância conferida pelo mercado de trabalho à experiência adquirida na Residência e ela compartilha seus receios relativos a essa questão:

[...] porque muitos residentes terminam achando que não valeu a pena. E, às vezes, até você se pergunta; eu me perguntei várias vezes se realmente valia todo esse esforço. Porque, pra formação, pra quem eu sou hoje como profissional, valeu, mas eu não sei se o mercado quando eu sair daqui vai dar o devido reconhecimento para essa formação, entendeu?! Então, a nossa crítica vale a pena profissionalmente junto ao mercado em comparação ao que a gente tem certeza que valeu a pena enquanto aprendizado. (GIRASSOL).

Contudo, assinala que a formação no programa da Residência representa uma experiência de aprendizado inquestionável: “[...] é mais um dilema; mas pra mim eu acho que o aprendizado é aquilo que ninguém tira, então tá ótimo, tá valendo, eu já estou terminado, graças a Deus” (GIRASSOL).

Nos discursos supramencionados, percebe-se que, como todo processo, a Resmulti/UFC está em construção. Assim, existe um longo caminho no sentido de aprimorar o espaço de formação em todos os âmbitos. Apesar das deficiências apresentadas, o programa apresenta potencialidades que são elencadas pelas residentes como um diferencial na formação profissional.

Nesse contexto, Acácia descreve sua vivência durante uma disciplina que permitiu que os residentes das diversas categorias atuassem em equipe, a fim de elaborar uma proposta de intervenção interdisciplinar. Esse momento ilustra sua compreensão de que a Residência proporcionou novas percepções sobre como intervir na perspectiva da interdisciplinaridade.

[...] a gente tem momentos juntos, sala de aula; agora, a gente tem uma determinada disciplina que a gente quer pegar um caso e todo mundo vai dizer como entendeu desse caso, você conviver com esses outros campos do saber [...]. Então, você tem um olhar melhor, você tem uma sensibilidade melhor pra perceber a visão dos profissionais, pra perceber onde é que esses outros profissionais podem estar te auxiliando, então, assim, é um trabalho em equipe. Eu acho que é algo que vai me acrescentar muito, sabe! Saber como me portar na equipe multiprofissional mesmo, quando recorrer, e a quem recorrer, intervir também quando for necessário, saber o momento que eu tenho que entrar ou não... Eu acho que essa atuação em equipe é que vai fortalecer muito. (ACÁCIA).

Nessa ótica, depreende-se do discurso da residente a associação entre a dimensão teórico-metodológica e o processo de aproximação para a “apreensão das problemáticas cotidianas que encerram o exercício profissional” (IAMAMOTTO, 2001, p. 54).

[...] A gente tem muitas coisas... Fazer mais grupos, sabe, tem um perfil. Olhando para o serviço social, eu já consigo identificar perfis de grupo que a gente poderia fazer. Você de repente fazer um momento de reunir pacientes que vêm de fora pelo

TFD, saber as problemáticas comuns que eles estão vivenciando e dar orientações de como é que eles podem estar superando essas demandas; demandas de pacientes do Interior; enfim, uma diversidade, uma gama enorme de pacientes que a gente poderia estar trabalhando em grupo, que poderia estar fazendo outras atividades que não sejam só a demanda de atendimento de ambulatório, de sala, na enfermaria e fazendo o relatório; pouco se atende no coletivo. (ACÁCIA).

Cabe salientar a percepção de que todas as demandas postas ao serviço social devem ser consideradas como partes indissociáveis. Todavia, concorda-se com a fala da residente no que tange ao fato de o profissional ocupar espaços, os quais na atualidade representam lacunas a serem superadas no âmbito da assistência em transplante. Sobre esse aspecto, salientam-se as reflexões de Iamamoto (2001, p. 21), que, ao analisar as novas possibilidades de trabalho para o serviço social, assinala:

As possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriar-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las, transformando-as em projetos e frentes de trabalho.

Na atualidade, as intensas mudanças ocorridas na sociedade requisitam do assistente social competência para apreender a nova tessitura social, a qual se materializa em novas possibilidades de trabalho. Contudo, exige-se um profissional cada vez mais qualificado, propositivo, capaz de analisar e realizar pesquisas, a fim de ampliar seu conhecimento da realidade. Nessa perspectiva, a Residência, ao constituir-se em espaço de articulação entre ensino e trabalho, encerra um desafio no âmbito do ensino superior sobre a formação de profissionais qualificados para desenvolver ações fundamentadas no projeto ético-político do Sistema Único de Saúde.

Identificou-se na bibliografia sobre o tema que a Universidade e as organizações representativas das diversas profissões da área da saúde estão comprometidas com a formação de profissionais “detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas” (CECCIM, 2008, p. 13).

Nessa ambiência, a fala de Áster evidencia a importância da sua experiência para o amadurecimento profissional, apontando que, apesar das dificuldades já relatadas, a Residência possibilitou o aprofundamento dos seus conhecimentos no âmbito do Serviço Social e da área da saúde.

[...] a Residência me proporcionou um amadurecimento profissional, todo o amadurecimento profissional que eu tiver hoje, eu credito a Residência porque foi o único lugar onde eu atuei como assistente social, mesmo que residente [...] Então, apesar de todos os pesares que foram colocados aqui, a Residência, pra mim, foi um

espaço de formação profissional em todos os sentidos. Tudo que eu sou como assistente social hoje eu devo a esse processo de Residência [...] (ÁSTER).

Atuar na perspectiva da interdisciplinaridade é outro aspecto enfatizado por Áster, no sentido de que a convivência com os residentes de outras categorias profissionais favoreça o diálogo e, por conseguinte, a elaboração de propostas interdisciplinares, embora não seja “uma regra”.

[...] trazer para as outras categorias, chamar para a discussão, apesar de que não há um fluxo oficial formado, não há consenso da equipe em relação a isso, mas há um posicionamento nosso pra que as coisas possam andar de forma diferente, pra gente sair da multidisciplinaridade e caminhar pra interdisciplinaridade; e a Residência me proporcionou isso, até porque na Residência entraram outros residentes comigo que estão no mesmo patamar; eles são como eu, em outras categorias, e que a gente tem um contato muito próximo, então, o diálogo entre a gente às vezes flui muito mais do que com os profissionais do serviço em si, e acaba que, às vezes, a gente consegue discutir um caso de forma interdisciplinar, por mais que isso não seja a regra, mas acontece. (ÁSTER).

Girassol reafirma o diferencial da Residência na formação de profissional. A carga horária 60 horas, criticada por todas as residentes, assume na fala de Girassol um aspecto contraditório, ou seja, ao mesmo tempo em que causou “sofrimento”, oportunizou um aprendizado intenso: “Então, assim, eu sei que talvez eu nunca fosse uma profissional totalmente diferente se eu não tivesse passado por aqui, que eu vou sentir muita falta de tudo aqui”.

Em consonância com a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, o Projeto Pedagógico e o Regimento da Resmulti/UFC estabelecem que a Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde são modalidades de ensino em tempo integral e dedicação exclusiva, com carga horária de 60 horas por semana (BRASIL, 2012b). Nesse sentido, define a semana padrão, a qual deve contemplar os períodos destinados às atividades práticas, teóricas, incluindo os momentos em sala de aula, de estudo individual ou em grupo.

Os discursos elencam fragilidades do programa, no entanto, destacam também potencialidades no que tange à formação em serviço, requisitando o desenvolvimento de competências, ressaltado na prática multiprofissional e interdisciplinar. Nesse sentido, a Residência Multiprofissional encerra cenários complexos em que se efetiva a articulação entre o aporte teórico-prático específico de cada profissão e os conhecimentos que emergem no âmbito da saúde.

Na seção seguinte, destaca-se a compreensão acerca das relações tecidas entre preceptoras, tutora e residentes, com vistas à consolidação do processo formativo.

4.4.3 A dimensão relacional entre preceptor, tutor e residente como caminho para fortalecer o processo de formação: desafios do cotidiano

No âmbito da residência, o relacionamento entre preceptor e residente ocorre no período de dois anos, no qual são vivenciados momentos de diálogos, orientações, supervisões, como também tensões e divergências, no cotidiano da prática e nos desafios postos à concretização das ações pedagógicas.

Nesse sentido, concorda-se com Meira, Martins e Martins (2010, p. 217), que reconhecem que a relação entre preceptor e residente ensejam peculiaridades norteadas pelos “[...] componentes, como hierarquia, poder, avaliação, aprovação e reprovação garantem *pontos delicados* a dar conta, pensando na formação em uma instituição de saúde e na proposta de ensino em serviço.” Além desses elementos presentes na relação, salienta-se a importância de primar pelo diálogo e *feedbacks*, contribuindo para a qualificação de profissionais para atuarem na gestão e assistência de políticas públicas do SUS.

Nessa perspectiva, os relatos demonstram a valorização das relações entre preceptor e residente, com destaque para a importância do profissional que está implicado no papel de preceptor, principalmente porque, ao exercer a prática do assistente social, configura-se como referência para o Serviço de Transplante:

[...] as relações precisam ser muito cuidadosas... Você precisa, como eu já coloquei, ter o manejo dessas relações, mas a gente tem que assumir esse lugar, de preceptor, de estar se implicando. É uma coisa que, assim, eu preciso trabalhar muito isso, é a minha implicância nisso, como é que eu tô me implicando nesse papel de preceptor? Até porque a gente não foi treinado pra isso, a gente não teve nenhuma capacitação prévia, o preceptor ele tem que fazer isso, a gente vai pelo nome, o preceptor, a gente vai muito por isso, que você é aquele profissional que tem que estar ali conduzindo, que está representando na verdade o serviço, o Serviço de Transplante, a Assistência em Transplante; e a gente tem que conhecer mesmo, tanto teórico quanto metodologicamente, e também planejar. (DÁLIA).

Ao refletir sobre a relação construída ao longo do processo formativo do residente, Dália ressalta a importância de ocupar esse lugar de preceptor, reconhecendo a necessidade de uma prática norteadas pelos conhecimentos teóricos e metodológicos, contribuindo, dessa forma, para consolidar as experiências relacionais e de aprendizagem.

Jasmin, por sua vez, define as relações estabelecidas entre preceptores e residentes como um processo natural. Acerca de sua vivência, reconhece no preceptor um profissional com experiência teórica, o qual compartilha seu conhecimento na prática cotidiana. Contudo, compreende que, no processo de formação em serviço, a construção dos saberes ocorre de maneira compartilhada.

Olha, não sei dizer, é uma coisa tão natural... Eu não vejo nenhuma barreira; eu vejo como um processo natural que uma vai aprendendo com a outra. É lógico que quem tem a experiência maior é teoricamente quem vai passar mais informações. E, às residentes, cabe a elas aproveitar esse momento, tanto de aprender, como renovar, pensar outras coisas no sentido de engrandecer o serviço, o programa (JASMIN).

No que se refere à relação com a tutoria, Jasmin não identifica situações que dificultem o diálogo, evidenciando que suas ações são realizadas com autonomia. Considera que a tutora é uma profissional de referência no programa da Resmulti/UFC, com funções voltadas para a organização das diretrizes curriculares e do planejamento das atividades.

É, não, na minha parte mesmo não sinto dificuldade nenhuma. Como eu digo, eu vou desenvolvendo as minhas atribuições!? É uma coisa, assim, que eu não dependo da tutora pra resolver, pra dar prosseguimento, e a tutora também não tem condições de saber tudo, mas, como uma referência, porque tem que ter, tem que assinar documentação, tomar frente, participar das reuniões... Fora isso, assim, tutora é uma colega normal. (JASMIN).

Seguindo-se as análises sobre a relação residente/preceptor/tutor, identifica-se na fala de Orquídea a importância do diálogo entre preceptores e tutores, considerando que ambos atuam primando pela formação do residente. Retoma sua fala em relação à relevância da elaboração de ações compartilhadas entre preceptores e tutores, representando uma potencialidade no que concerne à qualificação do programa.

O preceptor é um profissional que assume o campo da prática na Residência e eles dão uma supervisão, uma supervisão direta, colaborando na formação e na prática do residente. E o tutor e o preceptor precisam estar alinhados, nesse mesmo sentido da visão da formação, para a atenção terciária... E essas relações, elas precisam estar o tempo todo sendo dialogadas [...] (ORQUÍDEA).

Orquídea explicita outros aspectos para reflexão, entre os quais a ausência de estrutura física e de organização de horários para estudo e planejamento junto à equipe, encontros sistemáticos com a coordenadora de área e demais preceptores.

[...] A Residência, ela é um programa grande, no entanto, o próprio Hospital e o próprio serviço, eles não têm uma estrutura que possa garantir momentos de estudos, momentos de reflexão, até porque o preceptor atua em toda a demanda que vem do serviço e não tem uma carga horária destinada... “Ah, essa manhã eu vou estar só na preceptoria, só na tutoria”... Então, não tem nenhum sentido em termos de pró-labore, e isso tudo muitas vezes desmotiva um pouco porque há uma sobrecarga de trabalho. (ORQUÍDEA).

Continuando, Orquídea denota que os profissionais engajados na Resmulti/UFC agregam a atuação como preceptora, com as atividades já desempenhadas na Instituição.

Dessa forma, o preceptor tem uma função que é de ensino de formação e, no entanto, isso não é contemplando na sua carga horária e você continua trabalhando e assumindo mais esse trabalho. Agora, além dessa relação de tutoria/preceptoria, é importante que haja momentos de planejamento. Nesse sentido do planejamento, a nossa Residência precisaria melhorar, até porque as pessoas que estão incumbidas nesses papéis têm outras funções, por exemplo, a coordenadora da área do transplante... Ela também tem outras atividades, então, o próprio programa poderia capacitar; assim, a gente nunca teve algum plano de formação para o tutor, para preceptor; então, há muita lacuna nesse sentido. (ORQUÍDEA).

Nesse contexto, observa-se que a realidade delineada tem implicado numa sobrecarga de trabalho para o preceptor, sem remuneração relativa à nova função. Embora comprometidos, os profissionais precisam de uma formação permanente e de incentivos para exercerem a supervisão sem que isso interfira em suas ações. Concorde-se, portanto, com Orquídea, que destaca que há um longo caminho a percorrer a fim de superar essas “lacunas” no programa.

As reflexões de Orquídea sobre a supervisão no campo da residência apresentam elementos que se articulam com o pensamento de Buriolla (2011, p. 165):

O acúmulo de tarefas, das funções atribuídas ao supervisor, enquanto profissional da Instituição, faz com que a supervisão fique relegada a segundo plano ou até inexistente – prejuízo que reflete na qualidade da supervisão e no preparo físico e psíquico do supervisor.

Continuando as análises, evidenciam-se a seguir as reflexões das residentes no que concerne às relações entre residente/preceptor/tutor.

Acácia, em seu discurso, destaca o compromisso dos preceptores na construção do programa da Residência. No entanto, considera que essa ainda não está organizada, principalmente no que se refere às competências dos profissionais inseridos no programa, às rotinas e aos fluxos. Conforme a residente, essas questões implicam a falta de clareza das atividades a serem desenvolvidas pelo preceptor e pelo tutor, bem como em relação à “padronização” de ações dos residentes no âmbito de cada espaço de atuação: enfermarias, ambulatórios, sala do Serviço Social e horário de estudo.

Eu vejo que no serviço social há um engajamento muito forte, inclusive de pessoas que eu admiro muito pessoalmente e profissionalmente; mas eu acho que, por um problema de organização da Residência de uma forma geral, acaba que as pessoas ficam um pouco perdidas sobre como é que deve ser organizada a questão de tempo, de dedicação à Residência, em relação às demandas espontâneas do setor, ao próprio horário de trabalho, de estudo [...] é uma dimensão da falta de organização da Residência Multiprofissional como um todo, que eu vejo em cada setor um perfil [...]. Fica tudo muito a critério de cada setor [...] (ACÁCIA).

Em consonância com Acácia, Áster também revela a ausência de organização das atividades, ressaltando que o preceptor não consegue efetivar a supervisão de maneira planejada e sistemática. Esse hiato teria rebatimentos no processo formativo do residente, haja vista que a Residência constitui a formação de um profissional com características diferenciadas.

[...] Eu acho que a gente não tem muito essa rotina de supervisão de tudo, mas de supervisão mesmo desse profissional que está em formação, que a Residência tem um perfil; o Residente, ele tem um perfil de egresso, ele precisa atingir determinados objetivos pra sair da Residência com determinados objetivos alcançados; e quem vai estar junto com esse Residente pra garantir, ou contribuir, colaborar pra aquele alcance daqueles objetivos é o preceptor que tá na prática do dia-a-dia ali com ele, é, dando orientação, esclarecimento, eu acho que é isso. (ÁSTER).

Continuando suas reflexões sobre as relações entre residente e preceptora, Áster percebe como uma “relação de supervisor/estagiário”. No entanto, ressalta que sua vivência na Resmulti/UFC se configurou na primeira experiência como assistente social. Dessa forma, o processo formativo possibilitou a oportunidade de articular o conhecimento específico da área de Serviço Social com aqueles relativos ao campo da saúde na área da assistência em transplante.

A relação residente e preceptora, eu acho que [...] uma relação de supervisor/estagiário; vamos dizer assim; apesar de que o residente é um profissional graduado, mas, assim, pelo menos eu cheguei aqui e vejo, nunca tinha trabalhado em lugar nenhum, sequer tinha estagiado em um hospital. Então, eu tive muito que aprender tudo: uma visita extra, entender o que é uma ocupação de um hospital; pra mim, foi uma descoberta de tudo, tudo literalmente do que é a rotina de assistente social dentro de um hospital. Eu acho que o preceptor vai muito nessa figura de supervisor de campo mesmo, de muitas vezes professor ensinar as coisas [...] (ÁSTER).

Sobre esses aspectos, Girassol destaca sua experiência em uma instituição hospitalar situada em outro estado, durante o período de eletivo²⁸, que corresponde a 30 dias. Em suas reflexões, comparando a vivência nos dois serviços, considera que os assistentes sociais engajados na Resmulti/UFC ainda não têm “o hábito da preceptoria em si”. Como exemplo, cita a inexistência de momentos de reunião da equipe que visem às discussões de casos, análise sobre a atuação do assistente social na Residência e ao planejamento de atividades.

²⁸ Em conformidade com o regimento interno Resmulti/UFC, 2014, o estágio eletivo corresponde ao período em que o residente se dedica ao aprofundamento de uma ou mais disciplinas práticas programadas para a sua área de concentração. O estágio eletivo ocorre no segundo ano da Residência e contempla um período de 15 a 30 dias. O cenário da prática pode ser a instituição executora da Residência ou instituição conveniada (Capítulo IX, Art. 48, § 1º a 4º, 2014) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2014).

[...] quando eu fui pra outro serviço, eu vi claramente que a gente não tem o hábito da preceptoria em si, claro que a todo tempo você tá em preceptoria, você passa conhecimentos e tudo no dia a dia, mais é muito difícil aqui você conseguir sentar e conversar sobre a Residência. Eu com a minha preceptora, a gente senta e conversa muito sobre os casos, mas isso não tem o nome de preceptoria, falta você institucionalizar. Estabelecer fluxos de reunião da preceptora com os residentes para discutir o processo da Residência, os casos [...] porque às vezes você não dá o devido crédito em relação a isso de você se autoavaliar, avaliar a aprendizagem, a prática [...] (GIRASSOL).

No que se refere ao relato supramencionado, Girassol reconhece que mantém um bom diálogo com a preceptora no ambulatório em que atua, mas que essa prática não constitui uma atividade institucionalizada, incorporada à rotina do processo da residência. De acordo com Girassol, a discussão dos casos precisa ser cotidiana, assim como a avaliação deveria ser realizada ao longo do processo, identificando as fragilidades e potencialidades da formação a fim de aprimorá-la.

No que concerne às reflexões da residente, ressalta-se um recorte do discurso de Áster, a qual ressalta a importância de que a Residência possibilite a criação de espaços de debate sobre o programa. A “ausência de clareza” em torno do programa e das atividades a serem desempenhadas pelos residentes, preceptores e tutores dificulta a compreensão dos demais profissionais que não integram a preceptoria da Resmulti/UFC sobre o processo formativo.

[...] essa ausência de uma clareza, dos espaços de debate, de construção da residência, interfere de uma forma geral no específico. Às vezes o preceptor e o tutor querem ter a iniciativa de fazer uma coisa, mas ele não sabe até que ponto têm respaldo, e aí como nem ele sabe, dificilmente vai conseguir fazer com que os outros profissionais que não têm vínculo direto com a Residência entendam [...] dificilmente ele vai adquirir o reconhecimento dos outros profissionais, de que aquela função dele ali, não é que esteja largando serviço, mas ele está fazendo uma função, cumprindo uma obrigação diferenciada. (ACÁCIA).

Áster expressa sua percepção de como se estabelece a relação com a tutoria ao afirmar “[...] E da tutora? Acho que é mais em relação ao ensino; seria mais aquele profissional que estaria ali pra tentar fazer esse link entre teoria e prática.” (ÁSTER).

No que se refere às relações entre residente/preceptor/tutor, Girassol define como uma relação democrática, construída de maneira compartilhada no cotidiano. De acordo com a fala da residente, o diálogo tem sido primordial para fortalecer essas relações e superar os desafios existentes. Todavia, observa-se que, no contexto de outras categorias profissionais, essas relações ocorrem de maneira verticalizada, dificultando o processo formativo.

[...] no Serviço Social, os residentes têm um bom relacionamento com os preceptores e tutores [...] Mas eu sei que em outras categorias existem muitos

problemas assim de hierarquia – ‘eu mando e você tem que obedecer’ –, que a preceptora determina pra onde você vai sem lhe perguntar, que eu escolho o dia da sua folga sem lhe perguntar, que eu escolho o dia do seu plantão sem lhe consultar nada. Você não consegue planejar a vida. Eu escolho o seu orientador sem você poder opinar. Então, tem muitas questões que a gente escuta; no nosso setor, eu nunca tive nenhum problema. Mas a gente sabe que existe uma questão muito difícil para algumas categorias. (GIRASSOL).

Evidenciadas as contribuições das entrevistadas, ressalta-se a compreensão de que, apesar das fragilidades do Programa relatadas nos depoimentos, percebe-se também o empenho das preceptoras e tutoras em superar os desafios postos na dimensão do processo formativo.

Neste momento, finaliza-se este capítulo, construído a partir das reflexões consideradas relevantes como expressão das análises dos discursos das assistentes sociais.

5 CONCLUSÃO

Neste capítulo, são tecidas as reflexões resultantes da pesquisa, a qual teve como pergunta de partida: **quais as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, área de Assistência em Transplante, da UFC, para a formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade?**

A compreensão teórica configurou-se essencial para fundamentar as análises. Nesse sentido, destaca-se a relevância das contribuições de autores como Paim; Ananyr Fajardo; Daniella Dallegre; Mendes; Ricardo Ceccim; Thaís Closs; Marina Castro; Marilda Iamamoto; Maria Inês Bravo; Hilton Japiassu; Ivani Fazenda; Olga Pombo, entre outros pesquisadores que abordam a Política de Saúde, o processo formativo do serviço social no âmbito dos programas da Residência em Saúde e a interdisciplinaridade como eixo norteador das práticas em saúde no contexto da equipe multiprofissional. Ancorou-se também na legislação e em fontes oficiais no âmbito da saúde, do serviço social e da Residência Multiprofissional em Saúde.

As diversas aproximações com o tema contribuíram para a construção dos objetivos específicos da pesquisa, os quais se apresentam a seguir. O primeiro objetivo foi **analisar como se configura a dimensão da interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC**. A análise do documento demonstrou que a interdisciplinaridade perpassa toda a construção do Projeto Pedagógico.

No que se refere às diretrizes curriculares, a interdisciplinaridade constitui o eixo norteador das práticas vivenciadas em equipe multiprofissional e das ações específicas de cada profissão. Com fundamento em Closs (2012), destaca-se que a elaboração de um Projeto Pedagógico numa perspectiva crítica e consistente se torna imperiosa para a qualificação do trabalho individual e coletivo e as especificidades das profissões envolvidas na Residência, com vistas a atender as necessidades de saúde dos usuários. No contexto da Residência Multiprofissional em Saúde, a formação deve contemplar a dimensão do ensino-serviço-comunidade, no intuito de articular os núcleos de saberes e práticas das profissões e da área da Saúde Coletiva.

Nesse prisma, depreendeu-se que o Projeto Pedagógico da Resmulti/UFC incorpora os conceitos de campo e núcleo, potencializando as práticas interdisciplinares por meio de vivências no âmbito institucional e em outras unidades de saúde que integram o Sistema Único de Saúde. Essa concepção se aproxima do pensamento de Campos (2000), que

considera o núcleo como saberes e práticas de cada profissão; e o campo como a área, de limites imprecisos, entre as disciplinas e as profissões, configurando-se como espaço de diálogo entre os saberes e práticas convergentes.

Outro aspecto evidenciado no Projeto Pedagógico se refere à importância da integralidade das ações profissionais no campo da saúde. Com base em Cecílio (2006) e Closs (2012), a materialização da integralidade baseia-se na intra-setorialidade, na intersetorialidade e na interdisciplinaridade, os quais encerram aspectos essenciais na formação no âmbito da Residência.

No que se refere à avaliação, o Projeto Pedagógico preconiza que a aprendizagem acadêmica do residente deve ser aferida de forma processual e contínua, tendo como referência as atividades curriculares contempladas nas diversas disciplinas voltadas para as práticas multiprofissional e interdisciplinar. Observou-se, entretanto, um hiato entre o que preconiza o Projeto Pedagógico e o cotidiano da formação. Nessa perspectiva, os relatos das residentes são convergentes em relação às dificuldades em estabelecer o diálogo entre as diversas categorias profissionais nos momentos do fazer profissional. As residentes apontam ainda a primazia do saber médico, configurando-se numa assistência centralizada na doença em que o objetivo primordial é a cura do corpo adoecido, revelando a hegemonia do modelo biomédico nas instituições hospitalares.

No que tange ao perfil do assistente social egresso da Residência na área da assistência em transplante, o Projeto Pedagógico preconiza como competências: a capacidade de compreender as diversas expressões da questão social e inserir-se de maneira consistente, norteado pelo projeto ético-político da categoria em equipe multiprofissional, nos diversos campos do SUS, estabelecendo ações articuladas com as políticas intersetoriais. Todavia, com base nas análises, considera-se que o alcance das competências delineadas no perfil profissional, expresso no Projeto Pedagógico, exige reflexões e discussões coletivas, no intuito de aprimorar o programa, contribuindo para a formação dos residentes, enfatizando que as vivências no contexto da Residência são imprescindíveis para ampliar o conhecimento e qualificar o cuidado no âmbito da assistência em transplante. Compreende-se ainda que a efetivação das práticas interdisciplinares ainda constitui um desafio a ser alcançado em sua plenitude no contexto da Residência.

Em relação ao segundo objetivo, buscaram-se **identificar os desafios para a construção da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC como espaço de formação**. Partindo das reflexões dos sujeitos da pesquisa (preceptoras, tutora e residentes), apresentam-se as seguintes considerações.

A construção da Resmulti/UfC ocorre no contexto da política do Ministério da Saúde por meio do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF), intensificando, no final da década de 2000, a criação das Residências Multiprofissionais. De acordo com Castro (2013), os programas voltam-se para áreas estratégicas, estimulando o trabalho em equipe e a qualificação de recursos humanos para atuar com ênfase na atenção integral à saúde.

As preceptoras inseridas na Resmulti/UFC elencam como alguns dos desafios no contexto da construção do programa as incertezas e as dificuldades em compreender suas competências, uma vez que o processo ocorreu de forma verticalizada e de cuja construção participaram somente os docentes e representantes das categorias que compunham a Residência. Nesse sentido, participar de um processo formativo, considerado novo e em nível de pós-graduação causou expectativas e indagações, destacando que uma das profissionais percebeu esse momento com “estranhamento”.

Observou-se ainda, em conformidade com as entrevistadas, que a incipiente organização dos serviços e do planejamento das ações foi um dos fatores determinantes para as inquietações das assistentes sociais. No entanto, depreende-se que, apesar dos desafios postos, os profissionais inseridos na preceptoria estão comprometidos no que se refere a se apropriar das questões relativas à Residência, sobretudo à sua atuação, e contribuição no processo de formação dos residentes.

Nessa ótica, os resultados da pesquisa corroboram as ideias de Closs (2013), no que se refere à potencialidade que encerra a Residência, contribuindo para a socialização de experiências entre os sujeitos envolvidos, no âmbito da formação em serviço. No contexto da formação em serviço, destaca-se a construção de práticas interdisciplinares que visam à qualificação do cuidado em saúde.

O terceiro objetivo refere-se à **compreensão de como se estabelece a interdisciplinaridade nas práticas do assistente social como eixo norteador da formação na Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC**. Para atender esse objetivo, indagou-se acerca da compreensão da interdisciplinaridade e sua efetivação no âmbito das práticas do serviço social na área de assistência em transplante. As reflexões não têm o intuito de apontar um conceito unívoco sobre um tema complexo. Logo, tratou-se de suscitar reflexões a partir da compreensão de que a interdisciplinaridade, sobretudo no campo da saúde, constitui o caminho para a construção de espaços democráticos na efetivação das ações profissionais.

No que diz respeito ao conceito da interdisciplinaridade, as assistentes sociais ressaltam aspectos semelhantes acerca do tema. Nos discursos, a interdisciplinaridade é associada ao exercício de compreender os diversos saberes e ramos das ciências, com vistas à articulação entre eles, sem, contudo, “invadir” as especificidades de atuação de cada profissional. Nesse contexto, as entrevistadas destacam que, no âmbito da Instituição, no que se refere à tomada de decisões em relação às necessidades do usuário, ela ainda ocorre de maneira verticalizada. Sob esse aspecto, corrobora-se a compreensão de Pasini e Guareschi (2010), por afirmarem que a racionalidade da ciência moderna no âmbito da saúde representa a hegemonia do saber médico e da concepção fragmentada do homem em detrimento do todo.

Nesse horizonte, com base em Pompo (2004), alude-se para o fato de que, no cotidiano da prática, as ações denominadas como interdisciplinares ainda se revestem do caráter disciplinar, portanto, na percepção das entrevistadas, a interdisciplinaridade ainda se expressa como uma construção a ser buscada pelos assistentes sociais, principalmente considerando a hegemonia do modelo biomédico.

Observou-se que é na prática cotidiana que se deve buscar materializar a interdisciplinaridade, que, segundo Iamamoto (2001), implica a unidade da equipe, que deve ocorrer a partir do reconhecimento das especificidades de cada especialização. Nessa ótica, identificou-se que, nos cenários da Residência, as práticas interdisciplinares estão presentes na vivência de cada residente, embora suas falas apontem para a fragilidade das relações interdisciplinares no contexto da assistência em transplante. Sobre esse aspecto, considerou-se relevante o fato de as residentes reconhecerem que as preceptoras do Serviço Social atuam em outros setores institucionais, sendo a preceptoria mais uma função a ser desempenhada. Na ótica das residentes, esse aspecto configura um entrave que dificulta o diálogo entre as diversas categorias.

Sob esse prisma, destaca-se que o assistente social, ao desenvolver atividades em equipe na área da saúde, compreendendo as necessidades de saúde do usuário, exerce uma competência específica para o encaminhamento das ações, o que o diferencia dos demais profissionais que atuam na saúde (CFESS, 2010). Assim, assumir a preceptoria implica nortear as ações na perspectiva da interdisciplinaridade, buscando contribuir para a formação do residente, com fundamento nos princípios do SUS. Cabe ao assistente social responder aos desafios postos no cotidiano, embasados nos dispositivos legais que norteiam a profissão e no projeto ético-político da profissão.

O quarto objetivo consistiu em **analisar as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC** como espaço de

formação dos assistentes sociais na perspectiva da interdisciplinaridade. Os sujeitos destacaram como essenciais a experiência e os conhecimentos consolidados no contexto de formação do Residente, considerando que a aprendizagem abrange o processo de socialização e trocas de saberes que ocorre de forma dinâmica, contribuindo para qualificar a atenção à saúde.

No que tange à percepção da atuação das preceptoras e da tutora, observou-se o compromisso delas com a qualificação da formação no contexto do SUS e da assistência em transplante. Abordar a formação em serviço no âmbito da Resmulti/UFC implicou elucidar a dimensão das competências dos preceptores e tutores como fator que influencia a construção do processo ensino-aprendizagem, tendo como âncora os princípios filosóficos do projeto político-pedagógico do serviço social.

Considerou-se, portanto, primordial destacar a forma como os residentes expressam suas experiências no âmbito da Resmulti/UFC. Observou-se que os sujeitos apresentam discursos convergentes, entre os quais ressaltam-se: as dificuldades de efetivar o diálogo entre os profissionais que integram a Resmulti/UFC; a sobrecarga de funções dos preceptores; e a ausência de estrutura física que permita a organização de momentos para discussão, planejamento e produção teórica. Ramos *et al.* (2006) discutem essas questões e asseguram que a formação em serviço pressupõe a supervisão da prática profissional em cenários que contribuem para a aprendizagem, propiciando momentos de diálogos e a compreensão das necessidades de saúde dos usuários.

Atinentes às críticas enunciadas pelas residentes, as quais problematizam o contexto contraditório em que a formação ocorre, evidencia-se o compromisso ético-político dos assistentes sociais na defesa dos direitos sociais, mesmo que isso signifique estar na “contramão” do projeto biomédico, ainda hegemônico nas ações em saúde. Essa reflexão se aproxima da concepção de Closs (2013) ao ressaltar que os programas de Residência Multiprofissional encerram a “contratendência” percebida no âmbito da graduação e nas práticas em saúde.

Os discursos apontam ainda a importância da vivência na Residência para o amadurecimento profissional, denotando que, apesar das dificuldades, a Residência possibilitou o aprofundamento dos seus conhecimentos no âmbito do serviço social e da área da saúde.

Considerando que o fenômeno social possui diversas dimensões, cabe salientar que as análises representam apenas um dos muitos olhares possíveis sobre um mesmo fenômeno.

Durante o percurso da pesquisa, dos diálogos com os teóricos e com a realidade, partindo do objetivo geral do estudo, que consistia em compreender as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da UFC, área Assistência em Transplante, como espaço de formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade, apresentam-se algumas sugestões a seguir:

- a) A consolidação da Resmulti/UFC requer a criação de momentos para discussão coletiva, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades de maneira horizontal e compartilhada com os diversos profissionais inseridos no programa.
- b) A capacitação dos preceptores(as) e o reconhecimento do seu papel no âmbito da formação do residente são essenciais para o fortalecimento da Residência.
- c) Os sujeitos que integram a Resmulti/UFC devem ter clareza da relevância do trabalho em equipe, buscando no cotidiano da prática materializar ações interdisciplinares.
- d) A Residência Multiprofissional em Saúde, considerada como contexto privilegiado para a dimensão da formação em serviço dos assistentes sociais, implica no compromisso com a efetivação de ações embasadas nas dimensões teórico-metodológica; técnico-operativa e ético-política da profissão, com vistas a consolidar o processo de formação dos residentes.
- e) O assistente social na área da saúde deve primar pelos conhecimentos e identificar as novas demandas para profissão, ancorados nos princípios da reforma sanitária e do projeto ético-político do serviço social.

Evidencia-se, portanto, que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde potencializa momentos de reflexões e produção de conhecimentos com vistas a sedimentar a formação de profissionais para SUS.

Concluída essa etapa do percurso, espera-se contribuir para a compreensão acerca da formação em Serviço Social e provocar outras reflexões.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro brasileiro de transplantes**. São Paulo, ano 20, n. 4, p. 85, 2014. Disponível em: <www.abto.org.br>. Acesso em: 3 fev. 2014.

BAPTISTA, M. V. A ação profissional no cotidiano. In: MARTINELLI, M. L. *et al.* **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 110-120.

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan./abr. 2012.

BARRETO, I. Sistema saúde escola: uma nova realidade para a educação permanente em saúde no Ceará e no Brasil. **Revista Sustentação**, Fortaleza, n. 34, p. 14-22, maio/ago. 2014.

BRASIL. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social**. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 4. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 3 mar. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis>. Acesso em: 12 dez. 2013.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis>. Acesso em: 12 dez. 2013.

BRASIL. **Lei no 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110211.htm>. Acesso em: 5 nov. 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <portal.mec.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/centraldetransplantes/Lei9434.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. **Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399>. Acesso em: 3 mar. 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.077/2009 de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index>. Acesso em: 5 out. 2014.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção I, p. 24-25, 16 abr. 2012b. Disponível em: <portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task>. Acesso em: 25 jan. 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia.** 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: 2002. p. 197-215.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: MOTA, E. A. *et al.* (Org.). **Saúde e serviço social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 197-217.

BURIOLLA, M. A. F. **Supervisão em serviço social:** o supervisor, sua relação e seus papéis. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CARDOSO, M. L. **Ideologia do desenvolvimento – Brasil:** JK – JQ. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

CARVALHO, M. C. B. de. A política da Assistência no Brasil: dilemas na conquista de sua legitimidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 62, p. 144-155, mar. 2000.

CASTRO, M. M. de C. O Serviço Social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309/4944>>. Acesso em: 6 ago. 2014.

CASTRO, M. M. **História do serviço social na América Latina**. Tradução. José Paulo Netto e Balkys Villalobos. São Paulo: Cortez, 2000.

CAVALCANTE, R. G. **O serviço social no processo de doação-transplante**: a experiência do Ceará. 2010. Monografia (Especialização em Família no Contexto Sócio-jurídico) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R. B. emergência da educação e o ensino em saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, p. 9-13, jan./jun. 2008.

CECCIM, R. B. Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-237, jan./mar. 2009.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 11-26.

CLOSS, T. T. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: BELLINI, M. I. B; CLOSS, T. T. (Org.). **Serviço Social, residência multiprofissional e pós-graduação**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2012. p. 34 -62.

CLOSS, T. T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde**: formação para a integralidade? Curitiba: Appris, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **O perfil dos Assistentes Sociais frente às exigências do mercado de trabalho nos anos 90**: uma análise da realidade cearense. Fortaleza, 2000.

COSTA, L. F. A. O Sistema único de Saúde na confluência do público e do privado e o serviço social. In: COSTA, L. F. A.; RIBEIRO, H. M. C. B. R. (Org.). **Políticas de saúde e**

Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades. Fortaleza: EDUECE, 2011. p. 34-58.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 62. p. 35-71, mar. 2000.

DALLEGRAVE, D. Aprender a ser profissional da saúde, com o corpo e com a alma: dez anos de RIS-GHC. In: FAJARDO, A. P.; DALEGRAVE, D. (Org.). **Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa senhora da Conceição, 2014. p. 157-167.

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

DEMO, P. **Pesquisa:** princípio científico e educativo. 8. ed: São Paulo: Cortez, 2001.

DRAGO, L. M. B. “**Servindo a dois senhores**”: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2011.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. O trabalho da preceptoria nos tempos de Residência em Área Profissional da Saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

FAZENDA. I. C. A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro:** efetividade ou ideologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Loyola, 2011.

FERNANDES, R. M. C. **Educação permanente:** uma dimensão formativa no Serviço Social. 2008. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FERRARI, E. L. de. **Interdisciplinaridade:** um estudo de possibilidades e obstáculos emergentes do discurso de educadores do ciclo II do Ensino Fundamental. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FERRAZ, A. S. Os aspectos éticos e a legislação dos transplantes no Brasil. In: MANFRO, R. C.; NORONHA, I. L.; SILVA FILHO, A. P. **Manual de transplantes renal**. Porto Alegre: Manole, 2003. p. 362-370.

FERREIRA, R. S; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

FEUERWERKER, L. Educação Permanente em Saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 3, p. 13-20, jul./set. 2005.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FRIGOTTO, G. A Interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. **Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste**, Foz do Iguaçu, v. 10, n. 1, p. 41-62, 2008.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio/ago. 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (Org.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 27.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília, DF: CFESS, 2002. p. 33-72.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

JANTSCH, A.; BIANCHETTI, L. (Org.). **Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia de saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LÁZARO, A. S. da. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 411-13, 2005.

LESSA, A. P. G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, L. F. A.; RIBEIRO, H. M. C. B. R. (Org.). **Políticas de saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades**. Fortaleza: EDUECE, 2011. p. 79-90.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítica-social dos conteúdos**. 18. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

LIMA, D. M.; PORTO, M. E. A. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. **Enfermagem em Novas Dimensões**, v. 3, p. 294-298, 1977.

MACEDO, L. C.; LARocca, L. M.; CHAVES, M. M. N. *et al.* Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e educação**, v. 12, Botucatu, n. 26, p. 649-657, jul./set. 2008.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, out. 2006.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S. de; ALMEIDA, V. V. **Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil**: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. Brasília, DF: IPEA, 2011.

MARTINELLI, M. L. o uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. *In*: Martinelli, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. p. 87-94.

MEIRA, A. C. S.; MARTINS, A. R.; MARTINS, M. C. A relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde**: saberes & fazeres na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 212-223.

MENDES, E. V. **O Sistema Único de Saúde**: um processo social em construção. São Paulo: [s.n.], 1996. p. 45-64. Disponível em: <dgx64hep82pj8.cloudfront.net/.../ARTIGO%20SOBRE%20O%20SUS%...>. Acesso em: 20 jan. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. de. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 25, 1991. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/rsp/v25n3/12.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MINAYO, M. C. S. de. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 2, p. 435-442, 2010. Disponível em <http://www.revista2.uepg.br/?index.php/emancipacao>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MONTEIRO, C. B. **A percepção dos usuários do ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Walter Cantídio sobre a prática profissional dos assistentes sociais**. 2013. 119f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. *In*: MOTA, E. A. *et al.* (Org.). **Saúde e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 218-241.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 3. ed. rev. e ampl. Petrópolis: Vozes, 2010.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. 5. ed. Campinas: Pontes, 2003.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 145-160.

PAULO NETTO, J. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, E. A. *et al.* (Org.). **Serviço social e saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 141-160.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO SOBRE EPISTEMOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE NA PÓS-GRADUAÇÃO, 2004, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Universidade Pontifícia do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <revista.ibict.br/liinc/index>. Acesso em: 10 jun. 2014.

RAMOS, M. N. *et al.* Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF, 2006. p. 375-390.

RODRIGUES, M. R. O serviço social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L. *et al.* **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 152-158.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho. Educação. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009/fev. 2010.

SÁ, J. L. M. de. (Org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SAVELI, E. L. de. Considerações sobre a interdisciplinaridade como necessidade no campo da educação. **Olhar de Professor**, Ponta Grossa, v. 2, p. 207-213, nov. 1999.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J. L. M. de. (Org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 11-21.

SILVA, Q. A.; CABALLERO, R. M. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde: saberes & fazeres na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 61-73.

STOEKER, R. Evaluating and rethinking the case study. **The Sociology Review**, London, v. 39, p. 88-112, Feb. 1991. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-954X.1991.tb02970.x/abstract>>. Acesso em: 10 out. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde–RESMULTI**. Fortaleza, 2010. Disponível em: <www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1301939346_34_0.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Regimento interno da Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde**. Fortaleza, 2014. Disponível em: <www.huwc.ufc.br/arquivos/.../file/regimentointerno2014resmult.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VARGAS, T. M. de; BELLINI, M. I. B. 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: a excelência na formação do assistente social**. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012. p. 63-77.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 242-272.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003. Disponível em: <www.eerp.usp.br>. Acesso em: 4 jul. 2014.

YIN, Robert K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudo sobre gestão de pessoas. **Revista Estudos de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 79-99, 2002.

**APÊNDICE A – TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE
SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Maria Derleide Andrade, coordenadora do Serviço Social do Hospital Universitário Walter Cantídio, integrante do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), reconheço o protocolo da pesquisa intitulada: **Residência Multiprofissional e Interdisciplinaridade: um estudo de caso dos processos de trabalho do Assistente Social em um Hospital Universitário**, desenvolvida por Gerusa do Nascimento Rolim (Assistente Social – HUWC, especialista em Saúde da Família) e pela Prof (a). Dra. Eloísa Maia Vidal (Orientadora). Conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que os pesquisadores não irão interferir no fluxo normal do Serviço.

Fortaleza, ____ de ____ de 2014

Maria Derleide Andrade

**APÊNDICE B – TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE
SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Dra, Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira, coordenadora da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, integrante do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), reconheço o protocolo da pesquisa intitulada: **Residência Multiprofissional e Interdisciplinaridade: um estudo de caso dos processos de trabalho do Assistente Social em um Hospital Universitário**, desenvolvida por Gerusa do Nascimento Rolim (Assistente Social – HUWC, especialista em Saúde da Família) e pela Prof (a). Dra. Eloísa Maia Vidal (Orientadora). Conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que os pesquisadores não irão interferir no fluxo normal do Serviço.

Fortaleza, ____ de ____ de 2014

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr(a) para participar da pesquisa, Residência Multiprofissional e Interdisciplinaridade: um estudo de caso dos processos de trabalho do Assistente Social em um Hospital Universitário, sob a responsabilidade de Gerusa do Nascimento Rolim.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista, que consiste em respostas a perguntas apresentadas ao Sr (a) pela pesquisadora. A entrevista será realizada em local adequado que garanta o sigilo do processo, com duração aproximada de quarenta minutos, no dia previamente marcado, de acordo com a sua disponibilidade. Os depoimentos desta entrevista serão gravados com seu consentimento.

Ressalta-se que há o risco mínimo de constrangimento, considerando tratar-se de entrevistas realizadas por meio do contato direto entre pesquisador e participante. O Sr(a) tem o direito de retirar sua permissão a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo ou constrangimento a sua pessoa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para aprofundar o processo de reflexão sobre a Residência Multiprofissional com ênfase na prática interdisciplinar, bem como melhorias futuras.

Ressaltamos que o(a) Sr(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Esclarecemos que, ao concluir a pesquisa, você será comunicado dos resultados.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os pesquisadores assumem o compromisso de utilizar os dados somente para esta pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Em qualquer etapa do estudo, poderá contactar os pesquisadores para o esclarecimento de dúvidas ou para retirar o consentimento de utilização dos dados coletados com a entrevista: Gerusa do Nascimento Rolim; (85) 3366.8145 e (85) 8710.0252.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: (85) 3366-8589 – E-mail: ~~cephuwc@huwc.ufc.br~~

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS RESIDENTES

Entrevista nº: ____ Data: ____/____/____ Duração:____ Gravação: ____

1. DADOS DEMOGRÁFICOS, REALIDADE DE VIDA E DE TRABALHO

- 1) Nome: _____
 - 2) Sexo: () Masculino () Feminino
 - 3) Idade: _____
 - 3) Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado
 - 4) Naturalidade: _____
 - 5) Reside em: () Fortaleza-Ce () Outro Município-Ce () Outro Estado - Especifique:

 - 6) Vínculo: () UFC () MEAC () Outros: especifique: _____
 - 7) Tempo de atuação na Instituição: _____
Na área de Assistência em Transplante: _____
 - 8) Já atuou em outra área além da saúde? _____ Se sim, qual? _____
 - 9) Ambulatório de atuação profissional: _____
1. Por que você escolheu o Programa da RESMULTI?
 2. Quais suas expectativas pessoal e profissional em relação ao programa?
 3. Estas expectativas estão sendo atendidas? Explique sua resposta.
 4. Como você define interdisciplinaridade?
 5. De acordo com a sua vivência, fale acerca da inserção do Assistente Social na área da Assistência em Transplante da RESMULTI-HUWC/UFC?
 6. Você identifica nos processos de trabalho do Assistente Social na área de assistência em transplante, a efetivação das práticas interdisciplinares
 7. Como você descreve as relações construídas entre residentes, preceptores e tutores?
 8. Como você definiria o papel da RESMULTI na sua formação profissional?

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PRECEPTORES (AS)

Entrevista nº: ____ Data: ____/____/____ Duração:____ Gravação: ____

1. DADOS DEMOGRÁFICOS, REALIDADE DE VIDA E DE TRABALHO

- 1) Nome: _____
 - 2) Sexo: () Masculino () Feminino
 - 3) Idade: _____
 - 3) Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado
 - 4) Naturalidade: _____
 - 5) Reside em: () Fortaleza-Ce () Outro Município-Ce () Outro Estado - Especifique:

 - 6) Vínculo: () UFC () MEAC () outros: especifique: _____
 - 7) Tempo de atuação na Instituição: _____
Na área de Assistência em Transplante: _____
 - 8) Já atuou em outra área além da saúde? _____ Se sim, qual? _____
 - 9) Ambulatório de atuação profissional: _____
- 1) Como ocorreu sua inserção no Programa da RESMULTI?
 - 2) Como você descreve o processo de implementação do referido programa?
 - 3) Como você concebe o papel do(a) Preceptor(a) na RESMULTI?
 - 4) Como você define a construção da relação residente/preceptor? Preceptor/tutor?
 - 5) Como você conceitua Interdisciplinaridade?
 - 6) Qual a sua compreensão da materialização dos processos de trabalho do Assistente Social na área de assistência em transplante, norteados pela atenção integral em saúde?
 - 7) Como você descreve a relação do Assistente Social com as demais categorias que compõem a RESMULTI na área de assistência em transplante?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS TUTORES(AS)

Entrevista nº: ____ Data: ____/____/____ Duração:____ Gravação: ____

1.DADOS DEMOGRÁFICOS, REALIDADE DE VIDA E DE TRABALHO

- 1) Nome: _____
 - 2) Sexo: () Masculino () Feminino
 - 3) Idade: _____
 - 3) Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado
 - 4) Naturalidade: _____
 - 5) Reside em: () Fortaleza-Ce () Outro Município-Ce () Outro Estado - Especifique:

 - 6) Vínculo: () UFC () SAMEAC () outros: especifique: _____
 - 7) Tempo de atuação na Instituição: _____
Na área de Assistência em Transplante: _____
 - 8) Já atuou em outras áreas além da saúde? _____ Se sim, quais? _____
-
- 1) Você pode falar sobre como se deu o processo de construção da RESMULTI e a inserção do Assistente Social no programa?
 - 2) Qual a sua análise da proposta do Projeto Pedagógico da RESMULTI a partir da interdisciplinaridade?
 - 3) Como você define o papel do (a) Tutor(a) no Programa de acordo com o projeto pedagógico da RESMULTI?
 - 4) Como estão sendo construídas as relações entre a tutoria /preceptores? Tutoria /residentes?
 - 5) Como você conceitua a interdisciplinaridade?
 - 6) De acordo com o Projeto Pedagógico da RESMULTI, como estão se materializando a interdisciplinaridade nos processos de trabalho multiprofissional na área de assistência em transplante?

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HUWC/UFC - CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 661.678

Objetivo Secundário:

Identificar como se efetiva a dimensão da interdisciplinaridade no projeto pedagógico da RESMULTI do HUWC-UFC. Compreender como os tutores e preceptores conduzem as ações pedagógicas interdisciplinares junto aos residentes. Analisar como se estabelece as práticas interdisciplinares entre os residentes do Serviço Social e os de outras categorias profissionais que integram a RESMULTI-HUWC-UFC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segundo a autora há o risco mínimo de constrangimento, considerando tratar-se de entrevistas realizadas por meio do contato direto entre pesquisador e participante. Quanto aos benefícios serão aprofundar o processo de reflexão sobre a Residência Multiprofissional com ênfase na prática interdisciplinar, bem como produzir melhorias futuras para o programa, para a instituição e para os usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa factível do ponto de vista metodológico e ético. Relevante para a instituição que mantém programas de residência multidisciplinar e precisa de reflexões avaliativas para ajustes necessários ao seu curso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória apresentados e adequados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa bem estruturado, apto a ser desenvolvido do ponto de vista metodológico e ético

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290

Bairro: RodolfoTeófilo

CEP: 60.430-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)366.-8613

Fax: (853)281.-4961

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

ANEXO B – CERTIFICADO DE REVISÃO DE TEXTO

CERTIFICADO DE REVISÃO DE TEXTO

Atesto, para os devidos fins, que a dissertação intitulada “A residência multiprofissional em saúde como espaço formativo e interdisciplinar”, de autoria de Gerusa do Nascimento Rolim, foi devidamente revisada. O material está em consonância com a Gramática Normativa e com as regras ditas pelo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, promulgado pelo Decreto Presidencial nº 6.583, de 29 de setembro de 2008.

Fortaleza, 18 de março de 2015

Cristiane Silva Sampaio

Cristiane S. Sampaio

Revisora de texto

Jornalista profissional (SRT: 2525/CE) formada pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Pós-Graduada em Linguística Aplicada (PosLa) pelo curso de Letras da Universidade Estadual do Ceará (UECE)