

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: FORMAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Cláudia Vargas*

RESUMO

Este artigo apresenta o processo de formação e o exercício profissional em Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Deste modo, identificamos as possibilidades da prática profissional na área da saúde, bem como os possíveis impactos gerados na intervenção profissional. Neste contexto, os trabalhos desenvolvidos no Programa se pautam em ações preventivas e pedagógicas em saúde, dentro de uma perspectiva de interdisciplinaridade e de valorização dos conhecimentos biológicos e sociais, propiciando ampliação na disponibilidade de acesso e atendimento qualificado aos usuários para garantir a informação sobre o processo saúde e doença, bem como seus direitos sociais.

Palavras-chave: Residência; Serviço Social; Saúde; Formação.

INTRODUÇÃO

Com a “criação” do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e, mais tarde, em 1994 com o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), a política de saúde brasileira experimentou, e vem experimentando, mudanças radicais de ordem conceitual e prática que trazem reflexos na administração/gestão, financiamento, acesso, organização do processo de trabalho, dentre outros.

Assim, a partir de 1998, o Ministério da Saúde estimula, em todo território nacional, através de lançamento de Editais, a criação de Especializações em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissionais, isto é, Editais abertos não apenas à medicina, mas às demais profissões de saúde¹, com uma proposta pedagógica de articulação entre ensino, serviço e comunidade. Nesta tríade, o ensino contribui para a formação e qualificação de profissionais para atuar conforme o modelo assistencial de saúde proposto.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi implantada em 2002 a partir de uma parceria entre o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Ensino em Saúde (NATES/UFJF) e a Prefeitura de Juiz de Fora. O Programa teve com proposta de articular ensino-serviço, procurando atingir a democratização dos espaços de trabalho, bem como a

* Assistente Social pela UFJF

melhoria permanente na qualidade do cuidado à saúde e na humanização do atendimento aos usuários com base na realidade local.

A escolha desse objeto de estudo deu-se a priori, pela aproximação com a área da saúde no decorrer da formação acadêmica na Faculdade de Serviço Social da UFJF, que foi sendo construída, paulatinamente, por meio das disciplinas de Laboratório em Saúde e na participação em projeto de pesquisa na área. Além disso, este Programa completou uma década em 2012, o que instigou a comemorar e brindar, mas principalmente avaliar os rumos, potencialidades e desafios que ainda necessitam ser superados para uma formação integral em saúde.

A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Um estudo sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família nos remete, necessariamente, a construção da Política de Saúde no Brasil.

Neste sentido, a partir de meados da década de 1970, e, sobretudo no início da década de 1980, a questão da pobreza começa a assumir um lugar de destaque na agenda pública. Após o “milagre econômico brasileiro” e o processo de privatização acentuada da área social promovida pelo governo militar no golpe de 1964, a questão social passa a ser debatida e a disputa começa a se dar em torno de como se fará o seu enfrentamento, se pelo Estado ou pelo mercado. A luta pela democratização do regime político do país traz como foco a defesa dos direitos civis, políticos e sociais. Sendo assim, é neste contexto que a saúde, educação, liberdades civis e direitos humanos ganham o centro do processo de mobilização da sociedade, e entra igualmente em cena, como contraponto político, a questão da universalidade do acesso aos bens de consumo coletivo essenciais para a qualidade de vida da população.

Um fato marcante e fundamental para a política de saúde no Brasil na década de 70 foi o Movimento da Reforma Sanitária, o qual incorporou forte crítica ao modelo assistencial vigente, centrado, exclusivamente, na assistência médica e no hospital. Para tanto, este movimento constituiu sua proposta na reforma administrativa e na unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde, que inclui ampliar o acesso a todos os níveis de atenção em função das necessidades, demandas e representações da população.

Na década de 80 a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização do país, superando o regime militar de 1964. Este clima de redemocratização ficou fortemente

marcado no setor da saúde. Foi nesta década, mais precisamente em 1986, que aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que centrou suas discussões na saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e no financiamento setorial. A Conferência contou com a participação de várias entidades representativas da população, tais como sindicatos, moradores, associações de profissionais, parlamento e partidos políticos.

Como conquista dos movimentos supracitados, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, que passou a reconhecer efetivamente o acesso aos serviços de consumo coletivo na área social como um direito de cidadania. Diante disso, a saúde passa, no interior da seguridade social, ser reconhecida como “um direito de todos e um dever do Estado”, ou seja, todo cidadão brasileiro passa a ter garantido por lei o acesso às ações de prevenção e promoção da saúde, da mesma forma que ações relativas à assistência social e à previdência social.

Em 1988 foi concebido para a sociedade brasileira em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), visando assistir a todos de forma universal, igualitária e hierarquizada sem qualquer forma de discriminação, seja ela positiva ou negativa. O SUS foi instituído com a finalidade de coordenar e integrar as ações de saúde nas esferas federais, estaduais e municipais, para atender de forma funcional às necessidades por atenção à saúde. Além disso, deve ser financiado com recursos provenientes dos orçamentos públicos das distintas esferas de governo. Sua regulamentação ocorreu através das Leis Federais nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS:

Art.4. “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.” (Lei nº 8.080/90, Brasil, 1990).

Art.1º. “contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde”. (Lei nº 8.142, Brasil, 1990).

A operacionalização do SUS se orienta por diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados na Constituição Federal de 1988, e nas legislações ordinárias que o regulamentam, tendo como finalidade principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a prevenção e promoção da saúde, atribuindo aos usuários do sistema melhores condições de vida, bem como assegurar o acesso equitativo aos serviços para a garantia integral à saúde.

Os princípios doutrinários que regem o sistema são: universalidade, integralidade, equidade e direito à informação. A universalidade garante a todos os cidadãos o acesso à saúde, sem qualquer tipo de discriminação. A integralidade considera as várias complexidades do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades, propondo a prestação continuada dos serviços visando garantir a promoção, proteção, a cura e a reabilitação dos mesmos. A equidade representa a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e coletividade. E, outro princípio assegurado por lei é o direito à informação, isto é, todo indivíduo tem o direito de ser informado sobre sua saúde individual e os riscos que podem afetar na saúde coletiva, atribuindo aos profissionais a responsabilidade pela viabilização desse direito.

As diretrizes organizativas pautadas no sistema são: a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação comunitária, bem como a integração das ações e recursos, com base no planejamento ascendente. A descentralização atribui aos municípios responsabilidade da gestão dos serviços e ações de saúde. A diretriz da hierarquização busca ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção. A participação comunitária ocorre mediante a participação dos segmentos sociais nas Conferências e nos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. E, a integração das ações e recursos, a fim de garantir a continuidade do cuidado aos usuários sem a qual se compromete a ideia da integralidade do cuidado.

Para a organização e efetivação dos serviços básicos de saúde, o SUS aposta na Atenção Primária à Saúde (APS), definida como um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, que visem à promoção e prevenção da saúde, o tratamento e a reabilitação, conforme estabelecidos nos princípios e diretrizes preconizados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Além disso, a Atenção Primária à Saúde propõe integrar os sistemas de saúde no Brasil e fortalecer as políticas sociais, coordenando planos e ações intersetoriais, apostando na capacidade de outros setores para satisfazer suas solicitações básicas.

No sentido de valer esta concepção da Atenção Primária à Saúde, várias experiências foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, como a Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis e o Movimento em Defesa da Vida e o Programa Saúde da Família (PSF).

Dentre estas experiências o PSF merece destaque, tendo em vista sua abrangência e o fato de ser reconhecido como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no

Brasil. O PSF surgiu a partir do Programa de Agentes Comunitários (PACS) que, criado em 1991, pautava-se na vinculação entre as famílias e os indivíduos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Por ser composto por pessoas da própria comunidade, identificadas com os costumes e valores dos moradores, o Programa passou a contribuir para o resgate e valorização do saber popular. A partir de então, o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços de saúde, o que resulta em ações focadas na família.

Como mencionado este Programa foi o embrião do PSF que surgiu em 1994, como estratégia para a reorganização do SUS. O Programa foi criado pelo Ministério da Saúde, valorizando os princípios de trabalho interdisciplinar em equipe, da territorialização, da vinculação com a população, garantia da integralidade, com ênfase na promoção da saúde, através de ações educativas e no estímulo à participação da comunidade.

Dessa forma, com a regulamentação do SUS na década de 1990, e a implantação do PSF logo em seguida, várias mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas puderam ser vistas no Brasil, o que resultou na exigência de novas formas de organização do trabalho no campo da saúde em diversas profissões, inclusive na área do Serviço Social.

A partir de então, novas práticas são demandadas aos trabalhadores na área da saúde, dentre eles os assistentes sociais, com intervenções e atividades multiprofissionais, com direcionamento interdisciplinar, bem como maior qualificação, tornando-se necessário o domínio de conhecimentos baseados nas particularidades e nos fenômenos singulares da questão social na dimensão da saúde em nível nacional, estadual e municipal.

A necessidade de formar profissionais para atuar no PSF levou o Ministério da Saúde a incentivar a criação de diversos cursos de capacitação, oferecendo apoio técnico e financeiro para a viabilização de iniciativas institucionais com o objetivo de instalação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família para a formação de recursos humanos, bem como a construção de relações inovadoras entre os gestores do SUS e o aparelho formador de recursos humanos, baseadas na identificação de ações educacionais vinculadas à consolidação do sistema de saúde. Assim, a partir de 1998, estimulam-se, através de lançamento de Editais, a criação de Especializações em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissionais, isto é Editais abertos não apenas à medicina, mas às demais profissões de saúde.

Nesta perspectiva são criadas as novas modalidades de formação com o objetivo de propiciar reflexões que possibilitem aos profissionais da saúde “uma responsabilização social e a consciência cidadã, comprometida com a produção de saúde e de cuidado” (NASCIMENTO, 2008, P. 18), conforme os princípios e diretrizes que regem o SUS.

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Tomamos como referência a contextualização história da inserção do Serviço Social no Brasil no fim dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, no qual vivenciava um novo cenário, marcado pela redemocratização política e ampliação das políticas por direitos sociais. Este processo trouxe a tona o movimento de mobilização e organização da sociedade civil, com rebatimentos em questões econômicas, políticas e sociais vividas pela população. Além disso, novas ações foram colocadas para o Serviço Social demandando mais capacitação dos profissionais para enfrentá-las, uma vez que suas práticas se pautavam de forma focalizada no modelo assistencial, individual e curativo.

Neste mesmo período, no interior do Serviço Social, também ocorreu um importante movimento de rompimento com o chamado serviço social tradicional. Caracterizado como intenção de ruptura, buscava ultrapassar o conservadorismo reinante na profissão.

Este duplo movimento - mudanças no interior do Serviço Social e mudanças no setor da saúde – engendrou no interior da prática profissional uma nova forma de atuação para os Assistentes Sociais na saúde, com atividades voltadas para a construção de alternativas que superem as ações burocráticas dos serviços, a promoção e prevenção da saúde e a ampliação da garantia dos direitos sociais aos usuários. Diante disso, criada na década de 80, a resolução nº 218/97 vem de certa forma coroar esta mudança de direcionamento do Serviço Social no campo da saúde reconhecendo-o como uma profissão inserida nesta área:

RESOLVE:

I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais, Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

As questões elencadas nesta Resolução para justificar o reconhecimento de diversas outras categorias profissionais, dentre elas o assistente social, como profissões da saúde, demonstram um compromisso do Ministério da Saúde com um “novo” ordenamento no processo de trabalho e o rompimento com a centralidade do médico no processo saúde doença. Além disto, estas profissões passaram a compor a equipe técnica e a compartilhar o processo de trabalho em saúde.

Segundo COSTA (2000, P.5), esta “ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sócio- técnica do trabalho”.

A implementação do SUS que garante “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, passou a exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, o que determinou diferentes atuações de ordens tecnológicas e organizacionais para o Serviço Social, determinadas pela descentralização, hierarquização e democratização do sistema.

Nas unidades de saúde, os Assistentes Sociais atendem tanto as demandas mediatas quanto imediatas, em decorrência disso, os profissionais muitas das vezes ficam impossibilitados de planejar suas atividades a fim de obter resultados mais efetivos. As atividades realizadas pelo Serviço Social neste setor estão concentradas segundo COSTA (2000, P.13) em “ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social”, sendo elas: administração de filas, agilização de internamentos, acesso a medicamentos, exames, alimentos, documentos, obtenção de algum pertence do paciente internado, autorizações e/ou intermediação para liberação de visitas extras, acompanhamento especial para crianças e adolescentes, idosos e pacientes em situação grave de saúde, dentre outras. É de suma importância frisar, que o principal instrumento de trabalho do Assistente Social nesta área é o registro das atividades nos livros de ocorrência, pois, é através do livro que outros profissionais terão acesso as informações, aos recados e as pendências para suas intervenções.

Diante de tais atividades, a inserção do Assistente Social na saúde é composta por um trabalho diversificado, uma vez que fica evidenciado a capacidade deste profissional em lidar com uma gama de demandas heterogêneas, derivadas tanto do modo de organização do trabalho em saúde e das contradições existentes nas áreas externas e internas do sistema.

É importante considerar que o profissional necessita conhecer não apenas o funcionamento da unidade em que trabalha, mas também a lógica de funcionamento da rede de saúde, “a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população”. (COSTA, 2000, P.39). Assim, os Assistentes Sociais inseridos na área da saúde devem ser capazes de atender às novas demandas e exigências do sistema de saúde brasileiro, tendo clareza do conteúdo e do significado de seu papel na instituição, além de ter a capacidade de conhecer a realidade e colaborar na construção de estratégias para efetivação dos direitos sociais e de cidadania.

O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA FSS/UFJF

A compreensão do Serviço Social enquanto uma profissão inserida na área da saúde levou a Faculdade de Serviço Social/UFJF a criar o Programa de Residência em Serviço Social, por considerá-lo uma forma de complementaridade da formação profissional que vise o trabalho interdisciplinar nas diferentes expressões da relação saúde/doença.

De acordo com as novas propostas de mudanças na formação dos trabalhadores em saúde, o Ministério da Saúde colocou a educação dos profissionais de saúde como uma das pautas prioritárias para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, desde 2002, o Ministério da Saúde apoia os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com intuito de preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família com bases nos princípios e diretrizes do SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é um programa que oferece o treinamento permanente em serviço, ocorrendo, prioritariamente, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que adotam a estratégia de saúde da família. Além disso, desenvolve-se em níveis de atenção secundária e terciária, correspondendo aos preceitos básicos do SUS.

A Residência permite que os profissionais ampliem sua formação profissional de modo descentralizado e interdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo o conjunto dos saberes à disposição e elaborados na convivência cotidiana nos serviços de saúde. A partir de sua proposta, a Residência procura atingir a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de apreender e de ensinar de todos os profissionais envolvidos, além de proporcionar a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho coletivo, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento.

A Residência defende uma proposta pedagógica de articulação entre ensino, serviço e comunidade. O ensino contribui para a formação e qualificação de profissionais para atuar conforme o modelo assistencial de saúde proposto. O serviço possibilita aos residentes vivenciar o trabalho e os contextos desse cenário de prática, auxiliando na formação integral destes profissionais e na organização dos serviços. O trabalho em comunidade permite a absorção de novos conhecimentos e a melhoria da qualidade no atendimento ao cidadão/usuário do sistema de saúde, na prevenção e promoção da saúde, na busca de atender as reais necessidades dos usuários.

Com base na proposta pedagógica, os residentes são capacitados a intervir respeitando princípios que visem a responsabilidade, a ética e o humanismo, necessários para uma atuação profissional comprometida com as questões sociais que abrangem a realidade brasileira.

O Programa orienta a formação profissional pautada no Código de Ética profissional, priorizando as necessidades dos usuários, a resolutividade das ações em saúde e a perspectiva da humanização, a fim de melhorar o atendimento aos usuários e o fortalecimento dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

Ademais, a Residência tem buscado em sua trajetória contribuir para a formação própria da profissão, como também para as demais profissões da área da saúde, priorizando a perspectiva de construção do direito à cidadania e do fortalecimento do SUS. Deste modo, conforme STEPHAN SOUZA ET. AL:

O Serviço Social, enquanto disciplina que compõe o quadro de trabalho em saúde, tem na Residência uma maior oportunidade de ampliar sua própria formação – assimilando conhecimento e prática referente à saúde – e de contribuir em ações que tenham necessidade do fortalecimento do processo de educação e assistência nas mais diferentes expressões da saúde e doença. (STEPHAN SOUZA ET. AL, 2001, P.8)

As fontes utilizadas, inicialmente, para o estudo empírico, foram pesquisas bibliográficas sobre o tema da formação em serviço, mais especificamente sobre as Residências em Saúde. Esta pesquisa foi concretizada em livros, revistas científicas, trabalhos acadêmicos – TCC, monografias de especialização, teses e dissertações – publicações eletrônicas, dentre outros relacionados à temática. Além disso, o estudo foi realizado com a contribuição de sujeitos que contribuíram para a Residência: Residentes, Preceptores e Tutores do Serviço Social que participaram do Programa de 2002 até o primeiro semestre de 2011. A coleta dos dados foi realizada através de um questionário organizado a partir de um roteiro semi-estruturado. O roteiro do questionário foi enviado aos Residentes/ Assistentes Sociais que participaram do Programa de Residência em Serviço Social através dos endereços eletrônicos disponibilizados pelos preceptores e tutor.

O roteiro foi organizado de forma a trazer a tona questões como: o significado da residência para o processo de formação profissional; as contribuições da residência para a formação profissional; as dificuldades encontradas neste processo de formação e os possíveis impactos que provoca no atual exercício profissional.

Com a realização dos questionários, identificamos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Serviço Social tem direcionado seu trabalho em uma perspectiva

interdisciplinar e cuidadosa através de uma relação interprofissional voltada para assegurar o direito do usuário, pautada no vínculo, respeito, escuta, diálogo e responsabilização com base na análise da realidade social em que vive o usuário.

O processo de formação dos residentes nas Unidades se pauta na realização de diversas ações, dentre elas destaca-se: discussões e reflexões teórico-metodológicas, com reuniões mensais entre os Residentes e Preceptores, grupo de estudos e participação em Congressos e Seminários; Assistência aos Usuários e Famílias, visando atendimento individual e coletivo aos usuários e famílias; encaminhamentos de usuários e famílias a recursos sociais; orientação sobre direitos e benefícios sociais e assistenciais; realização de visitas domiciliares; planejamento e participação em grupos, dentre outros; Participação e Controle Social, com o objetivo de assessorar as lideranças comunitárias em suas lutas pelo direito à saúde de suas comunidades; Levantamentos das Condições Socioeconômicas e Sanitárias e Pesquisas; Produção de Material Técnico, com a elaboração de oficinas para capacitação de conselheiros; Planejamento e Organização do Trabalho e a Educação em Saúde.

Tais atividades do Serviço Social realizadas nas Unidades estão orientadas por princípios de interdisciplinaridade, fortalecimento do Programa de Saúde da Família e abordagem da família como espaço de cuidado da saúde. Desse modo, as ações profissionais se pautam na perspectiva do direito e da cidadania, sendo a intervenção realizada através da mobilização do Conselho Local de Saúde, articulação com a rede de suporte assistencial e de ações educativas desenvolvidas com os usuários, famílias e grupos.

O Serviço Social atua no campo da saúde, tendo como eixo norteador da formação profissional o projeto ético-político, respaldados em princípios como a liberdade e a perspectiva de uma sociedade justa e igualitária. Este projeto vai de encontro aos princípios do SUS, compostos pela universalidade, integralidade e equidade, o que mostra a importante contribuição dos assistentes sociais para a execução destes princípios.

Inseridos no Programa de Saúde da Família, os assistentes sociais procuram garantir o atendimento integral e a construção do trabalho coletivo em saúde, fortalecendo e potencializando as ações e serviços na perspectiva de um novo compromisso com a saúde pública.

Sendo assim, a Residência permite que os profissionais ampliem sua formação profissional de modo descentralizado e interdisciplinar, ou seja, em todos os locais envolvendo o conjunto de saberes a disposição e elaborados na convivência cotidiana nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos teóricos e das contribuições dos sujeitos selecionados para o estudo foi possível aprofundar os conhecimentos sobre a Política de Saúde no Brasil, assim como a inserção do Serviço Social na área de saúde, bem como as particularidades da modalidade de formação profissional no âmbito do Serviço Social.

O estudo da trajetória da Política de Saúde no Brasil foi fundamental para visualizarmos com clareza os desdobramentos desta política, bem como entender a forma como ela vem sendo concebida e estruturada nos dias atuais, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Conhecer e apreender estes elementos nos permitiu um melhor entendimento do trabalho desenvolvido pelos Programas de Residência da FSS/UFJF, em especial, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, visto que os objetivos destes Programas perpassam pelos princípios e diretrizes do SUS.

Além destas contribuições, o estudo também possibilitou desvendar o período que antecedeu a efetivação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, os desafios encontrados e as conquistas alcançadas nestes anos de existência. Este momento foi realizado através da aplicação de questionários com sujeitos que participaram desse processo de formação.

Ao abordar o processo de formação de Assistentes Sociais no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Assistentes Sociais/Residentes, Preceptores e Tutor – pode-se observar que esta experiência é permeada por um arsenal teórico e prático, possibilitando o profissional o amadurecimento para atuar em diversos espaços sócio-ocupacionais.

Além disso, verificamos muitas potencialidades traduzidas em algumas experiências proporcionadas aos residentes. Dentre elas: a oportunidade de vivenciar o trabalho interdisciplinar; o acompanhamento contínuo de preceptores e tutor; o contato direto com os usuários dos serviços; a realização de atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos; o trabalho junto aos conselhos de saúde; a participação em atividades de educação continuada - grupos de estudos, discussão de casos etc.; a participação em pesquisas; dentre outros. Vivenciar estas experiências certamente enriquece e contempla formação profissional.

Embora haja uma busca constante pela efetivação dos princípios e diretrizes do SUS neste processo de formação, identificamos que a Residência ainda enfrenta alguns dilemas que necessitam ser discutidos pelo conjunto de sujeitos envolvidos na perspectiva de superá-

los. Os principais limites apontados foram: sobrecarga de trabalho; não inserção destes profissionais na área da saúde; não reconhecimento de outros profissionais do papel do serviço social na equipe do PSF; distanciamento da coordenação geral; ausência do trabalho em equipe; a não remuneração de preceptores e tutor; a fragilização do planejamento; a fragmentação das ações e a necessidade de repensar a carga horária e conteúdos nos módulos teóricos.

Por meio deste estudo, podemos perceber que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família se desenvolve através de uma proposta pedagógica que tem como princípio formar profissionais críticos para atuarem no âmbito de ações preventivas, promocionais e reabilitadoras de saúde e, ainda, contribuir no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população através da escuta qualificada aos usuários, família e comunidade; do conhecimento das demandas e necessidades de saúde. Além disso, verificou-se uma preocupação do Programa em capacitar os Assistentes Sociais/Residentes para uma intervenção propositiva, criativa e competente.

No entanto, apesar do incentivo, oferecido pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde, de qualificar os profissionais da área, notamos a presença de um dilema neste setor no que tange ao número de profissionais inseridos no mercado de trabalho nesta área. Os dados coletados demonstraram que nenhuma Assistente Social que participou do Programa se encontrava inserido neste espaço sócio-ocupacional, ou seja, na atenção primária à saúde. Desse modo, constatamos um alto investimento do poder público e um retorno muito pequeno nos espaços de trabalho do setor saúde, especialmente da atenção primária.

Portanto, constatamos que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem muito que avançar, superando seus limites através de uma ampla discussão que envolva as instituições que participam do Programa - UFJF e Secretaria Municipal de Saúde -, preceptores, tutor e residentes.

FAMILY HEALTH MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY. SOCIAL WORKERS MAJORING OF UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ABSTRACT

This article presents the process of majoring and the professional practice in Social Work on the Family Health Multidisciplinary Residency Program of the Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. This way, the possibilities of professional practice in health and possible impacts that could occur during the professional intervention were identified. In this context, the work done during the program was based on preventive and educational healthy actions, within a perspective of

interdisciplinarity and appreciation of biological and social knowledge, providing availability access expansion and qualified user services to assure information about healthy and infirmity process, as well as social rights.

Keywords: Residency, Social Service, Health, Majoring

NOTAS

¹ Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Veterinária, Química, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biologia, Biomedicina, Fonoaudióloga.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Diário Oficial da União. Lei 8142/90**. 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, 28 de dezembro de 1990.

CASTRO, M.M.C.; OLIVEIRA, L. M. L. **Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: Revista Serviço Social e Trabalho Profissional. São Paulo, 2000.

MARTINS, A. A. **“A integralidade nas políticas públicas de saúde brasileira”**, Belo Horizonte 2006.

MEANA, C.A.A et al. **Nove Anos de Residência em Serviço Social: Conhecendo seus impactos**. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora, 2007.

MINAYO, M.C. S. (Org) **Técnicas de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho para o SUS**. São Paulo, 2008.

NATES-UFJF. **Proposta Técnica para Residência em Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2001.

NATES, v. 12, n. 2, 2009 (REVISTA ON LINE).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; MOURÃO, A. M. A.; LIMA, A. M. C. A. **Residência em Serviço Social: Um Projeto de Formação Profissional**. Revista Libertas, v. 1, nº 1, 2001, Juiz de Fora.

STEPHAN-SOUZA, et al. **Residências em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social/UFJF: formação em serviço para a qualificação do SUS**. Revista Libertas, 2011.

TEIXEIRA- BUSTAMANTE, M. T. et. al. **Residência em Saúde da família da UFJF: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde**. In: Residência Multiprofissional em Saúde: avanços, experiências e desafios, 1.^a edição, 2006, p. 171- 193.

VASCONCELOS, C; PASCHE, D. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G.W. S/D.