

# Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas

Marina Monteiro de Castro e Castro<sup>\*</sup>  
Carina Bárbara de Carvalho Dornelas<sup>\*\*</sup>  
Flávia Fernandez Zschaber<sup>\*\*\*</sup>

## RESUMO

O presente artigo trata da inserção do Serviço Social nos Programas de Residência Multiprofissional e tem por objetivo mapear as concepções, tendências e perspectivas levantadas por assistentes sociais em suas produções sobre as Residências. Para tal foram levantados artigos publicados em Revistas da área, anais de CBAS e ENPESS e teses e dissertações, no período de 2010 à 2017. Este artigo é parte da pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”, realizada entre 2017 e 2018, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS), da Faculdade de Serviço Social/UFJF em parceria com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

**PALAVRAS- CHAVE:** Residência; Serviço Social; Formação.

## Multiprofessional residency in Health and Social Work: conceptions, trends and perspectives

### ABSTRACT

This article deals with the insertion of Social Work in Multiprofessional Residency Programs and aims to map the conceptions, trends and perspectives raised by social workers in their productions on Residences. To this end, we analyzed articles published in journals of the area, CBAS and ENPESS annals and theses and dissertations were collected from 2010 to 2017. This article is part of the research entitled "Multiprofessional Residency in Health and Social Service: theoretical mapping and political-pedagogical", carried out between 2017 and 2018, by the Study Group and Researches of Fundamentals of Social Service (GEPEFSS), Faculty of Service Social / UFJF in partnership with the Brazilian Association of Education and Research in Social Services (ABEPSS).

**KEYWORDS:** Residency; Social Work; Formation.

Enviado em: 20/06/2019  
Aprovado em: 23/10/2019

---

<sup>\*</sup> Doutora em Serviço Social pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ), Docente da Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora/ UFJF. E-mail: [sabrinappaiva@gmail.com](mailto:sabrinappaiva@gmail.com)

<sup>\*\*</sup> Acadêmica de Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Bolsista de Iniciação Científica – BIC/UFJF, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). E-mail: [carina.dornelas@outlook.com](mailto:carina.dornelas@outlook.com)

<sup>\*\*\*</sup> Acadêmica de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Bolsista de Iniciação Científica – BIC/UFJF, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). E-mail: [flavia\\_fz\\_estrela@hotmail.com](mailto:flavia_fz_estrela@hotmail.com)

## Introdução

O presente artigo parte do entendimento de que as Residências Multiprofissionais em saúde são uma importante modalidade de formação pós-graduada para a qualificação dos trabalhadores da saúde. Porém, estas são atravessadas pela conjuntura de contrarreformas das políticas de saúde e educação – que trazem inúmeros desafios à conformação das Residências em sua proposta de afirmação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Concordamos com Vargas (2011) que as Residências têm sua potencialidade na transformação de práticas hegemônicas no cotidiano dos serviços, na vivência do trabalho interprofissional e na possibilidade de construção de novos perfis profissionais.

Trata-se de uma modalidade estratégica de formação para os trabalhadores, tendo em vista seu potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde. Essa formação prevê a inserção efetiva no cotidiano do exercício profissional na saúde, das diferentes categorias profissionais envolvidas, somada à constituição de espaços de discussões sobre o trabalho desenvolvido, onde a realidade é problematizada a fim de construir aprendizagem significativa e desencadear mudanças nas ações e no perfil dos profissionais da área da saúde (VARGAS, 2011:12).

Este artigo é parte da pesquisa intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”, realizada entre 2017 e 2018, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS), da Faculdade de Serviço Social/UFJF em parceria com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

As análises aqui apresentadas são decorrentes da revisão de produção bibliográfica do Serviço Social sobre as Residências a partir de pesquisa com os descritores: Residência e Serviço Social; Residência e assistente social, que englobou setenta e uma (71) produções, a saber: dezessete (17) artigos de periódicos da área (Revistas *Katálysis*, *Em Pauta*, *Libertas*, *Textos e Contextos*, *Temporalis*, *Serviço Social em Saúde* e *Social em Questão*) publicados de 2010 a 2017; quarenta e seis (46) artigos dos anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) ocorridos no período de 2010 a 2016, tendo destaque as contribuições da região sudeste e nordeste.

Foram levantadas teses e dissertações produzidas a partir de 2010 e constantes no banco da CAPES em 2018, de autoria de assistentes sociais. Conforme Dallegrave e Ceccim (2013) entre 1987 e 2011, o Serviço Social contava com três (03) estudos sobre Residências no banco de dissertações e teses da CAPES. Dessas, apenas duas (2) discutiam a inserção de assistentes nos programas de Residência multiprofissionais. No levantamento em tela, foram utilizados os mesmos descritores e localizadas nove (9) produções, sendo uma (1) tese e 8

(oito) dissertações. Os estudos são produtos de programas de pós-graduação das regiões: quatro (4) do sudeste, dois (2) da sul, e três (3) da região nordeste, tendo destaque os seguintes debates: multiprofissionalidade, projetos pedagógicos das residências e análises sobre a inserção do Serviço Social nos Programas.

O marco temporal de 2010 foi definido devido este ser o momento de avanço da inserção da profissão nos Programas, impulsionada pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Este levantamento teve a perspectiva de mapear concepções, tendências e perspectivas dos assistentes sociais acerca das Residências, as quais serão aqui apresentadas. De uma forma geral, a tendência observada nas produções é da busca de reforçar a relação trabalho e formação nas Residências, ressaltando a relação com as outras profissões da saúde e o trabalho multiprofissional, as atribuições de preceptoria e tutoria designadas aos assistentes sociais e os desafios de efetivar uma formação ancorada nos princípios do SUS e no projeto ético-político profissional.

Os referenciais bibliográficos analisados nos indicam que a inserção do Serviço Social nos Programas de Residência ocorre através de formatos diversos, mas há um esforço por parte dos assistentes sociais de organizar propostas em sintonia com os pressupostos do projeto de Reforma Sanitária e do projeto ético político da profissão, e de realizar uma avaliação crítica dos problemas estruturais que envolvem os Programas. Dessa forma, conforme já assinalava Vargas (2011, p.18), há “a constituição de várias “Residências Multiprofissionais em Saúde”, o que nem sempre garante a aplicação de seus eixos norteadores”.

Importante destacar que, para a oferta de um Programa de Residência, deve haver uma Instituição proponente responsável pelo projeto pedagógico do Curso, seu desenvolvimento e avaliação. A disposição legal atual extinguiu a necessidade de articulação entre uma Instituição Executora e outra formadora para a oferta dos Programas, conforme as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº7/2014 e nº1/2015. É necessário ainda que a Instituição proponente tenha uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) formada por representação da coordenação dos Programas, tutores, preceptores e residentes; e representação da gestão local de saúde.

No que concerne à nomenclatura hoje utilizada pela CNRMS para designação das Residências nas áreas que envolvem as profissões da saúde, exceto a medicina, realizamos o

seguinte destaque: até as Resoluções da CNRMS de 2012/2013 era utilizada a designação “Residência Multiprofissional” para aquelas que congregavam três profissões da área da saúde ou mais; e Residência em “Área Profissional da Saúde” para os Programas de áreas profissionais específicas. A Resolução nº5 de 2014 já apresenta a nomenclatura “Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional”.

Dessa forma, quando utilizarmos a nomenclatura “Residência em Área profissional” trataremos, especificamente, da modalidade multiprofissional. Estas se particularizam pelo seu formato, uma vez que possuem cenários de *ensino em serviço* que objetivam integrar saberes e práticas através da imersão nos serviços de saúde articulando diferentes profissões.

Nesse sentido, buscamos levantar as concepções, tendências e perspectivas apontadas pelo Serviço Social para análise e inserção nos Programas de Residência.

### **A Residência Multiprofissional em saúde na percepção do Serviço Social: concepções e defesas**

A produção bibliográfica do Serviço Social parte da definição de Residência conforme posto na Legislação – Lei 11.129 de junho 2005, em seu artigo 13, que a destaca “como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005:2).

As pós-graduações *lato sensu* são caracterizadas enquanto especializações e devem ter duração mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas (BRASIL, 2007). Ou seja, após a formação graduada em nível superior, o profissional aprofunda os seus conhecimentos em uma área específica, com o intuito de qualificar o seu exercício profissional.

No caso das Residências, a legislação estabelece que esta, sendo caracterizada como *ensino em serviço*, deve ter uma carga horária de 60 horas semanais com duração mínima de 2 (dois) anos, o que equivale a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2014). Nestes dois anos, os programas se organizam entre eixos teóricos e teórico-práticos (20% da carga horária) e em atividades práticas (80% da carga horária), acompanhadas por profissionais designados como tutores acadêmicos e preceptores de serviço.

Andrade (2015: 66) evidencia que “a ênfase da formação neste tipo de programa de pós-graduação está no exercício profissional, por isso a disponibilidade de mais tempo às

atividades em serviço”. Porém, suas propostas devem contemplar a necessária articulação entre teoria e prática e a oferta de um conjunto de conteúdos e de estratégias pedagógicas que realizem as mediações necessárias para essa relação.

Silva e Brotto (2016:130) observam que a utilização das Residências para interiorização e expansão de saúde no Brasil deve ser realizada com estrutura adequada para desenvolvimento dos Programas, uma vez que a “inserção de residentes em áreas com a atenção mal estruturada, sem garantias de articulação de espaços e profissionais formadores para tutoria, supervisão e docência (...) compromete, além da qualidade da expansão desses serviços, a própria formação dos profissionais”.

Como afirma Silva (2018:207), é necessário estar atento a possibilidade de direcionamento da Residência enquanto trabalho precário, uma vez que é tensionada pelas condições objetivas para sua efetivação e pela legislação que a fundamenta. Dessa forma, a autora sinaliza que há uma contradição explícita nas legislações “que, de um lado, afirma uma formação com foco na integralidade e interdisciplinaridade e, de outro, cria as condições práticas para a precarização e exploração intensa da força de trabalho do residente que atuará por dois anos com uma carga horária semanal de 60h”.

o modelo de formação para atuação na saúde que surge com a residência médica e é incorporado pela residência uni e multiprofissional, no que se refere a uma metodologia de ensino a partir do trabalho – “o ensino em serviço” – pode atender a uma formação que se desenvolva voltada para necessidades de saúde e a partir de realidades sociais, ou seja, como uma ação estratégica voltada para a formação e nos moldes dos princípios basilares do SUS. Contudo, entendemos que o impositivo de uma carga horária extensa cria condições para a instauração de uma dinâmica de super-exploração do trabalho do residente, principalmente considerando a dinâmica atual de precarização das condições de trabalho no SUS (SILVA, 2016:126).

Partindo dessa análise, identificamos a presença de diversas designações para a Residência, sendo esta entendida como treinamento em serviço, ensino em serviço, aprendizagem no trabalho, aprendizagem baseada na prática, e como formação para o trabalho no SUS. Esses termos, muitas vezes, utilizados como sinônimos comportam concepções diferenciadas no que tange a formação e ao trabalho em saúde.

O termo “treinamento” deriva das Residências médicas e do seu histórico, uma vez que em sua proposta inicial os médicos residiam nas instituições de saúde, ficando disponíveis em tempo integral para treinamento profissional. Esta tornou-se pós-graduação *lato sensu* em 1977. Dessa forma, a Residência médica se constituiu como “*treinamento em serviço sob supervisão*” (CECCIM et al, 2018).

A partir do movimento de Reforma Sanitária e dos diversos debates em torno da necessidade de qualificar os recursos humanos na área da saúde, amplia-se a perspectiva de análise das Residências enquanto estratégia de qualificar a formação e o trabalho em saúde para todas as profissões da área da saúde.

Nesse movimento de avançar em torno da proposta das Residências multiprofissionais, outros termos passam a ser utilizados, como: ensino em serviço, aprendizagem no trabalho, no serviço ou baseada na prática.

Vasconcelos e Vieira (2018:13) observam que a aprendizagem em serviço é posta como “um esforço pedagógico que se desenvolve na prática e no cotidiano de saúde para aquisição de uma formação de qualidade, consistência e relevância”.

Silva (2016) destaca que se deve tomar cuidado para que o chamado “aprender fazendo”, não se efetive como “mais uma mão de obra no serviço”. Dessa forma, consideramos que esses termos podem reduzir a formação à prática, simplificando a relação teoria e prática.

Defendemos que o termo formação para o trabalho e, especialmente, voltada para o SUS é o que contempla a proposição de Residência vinculada ao projeto de Reforma Sanitária dos anos 1970. Silva (2016:154-155) reforça que “a RMS nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS”.

Closs (2010) traz importantes elementos de defesa desta perspectiva:

A formação em serviço remete à centralidade do trabalho como polo educativo, aspecto que também demarca a particularidade e a potencialidade da Residência Multiprofissional. Neste horizonte, assume especial significância apreender e colocar em relevo a dimensão concreta do trabalho nesse processo de formação: a atividade trabalho pensada em seu desenvolvimento, como experiência significativa para o sujeito que a realiza, ao mesmo tempo em que se direciona para a qualificação do valor de uso (CLOSS, 2010:58).

Outro direcionamento constatado é de que as Residências se localizam no campo da Educação Permanente em Saúde (EPS). A RMS se movimenta no campo das estratégias de formação e qualificação de recursos humanos para a saúde, se constituindo enquanto uma formação continuada e pós-graduada, que tem seu processo de ensino-aprendizagem referenciado na EPS (CLOSS, 2010).

É necessário levar em consideração o exposto por Cordeiro et al. (2012) de que

a Residência Multiprofissional em Saúde pretende ser uma nova estratégia para políticas de educação permanente que, enfocando categorias

profissionais não médicas da área, favoreça a produção das condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde. Resta saber se essa interferência no modelo educacional vai contribuir para uma melhor ação profissional ou se restringe à estruturação da rede de serviços públicos, através da oferta de um campo de trabalho precarizado (CORDEIRO et al. 2012:3 *apud* ROSA; LOPES, 2010:479).

Assim, essa proposta de educação permanente deve contribuir para a formação de profissionais que desenvolvam uma atuação diferenciada no SUS, que reorienta as ações assistenciais através do trabalho em equipe, atentas às necessidades de saúde da população e dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA e PATROCÍNIO, 2016b).

No âmbito do Serviço Social, essa proposta deve estar respaldada nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, no Código de Ética do Assistente Social de 1993, nos parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde e demais regulamentações da profissão.

a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde apresenta-se como um espaço privilegiado de atuação, no qual é possível estabelecer diálogo com os diversos profissionais, usuários, familiares e instituição, no qual o assistente social pautado no Código de Ética e no projeto ético político profissional desempenha um importante papel na implementação de um novo modelo de assistência (RODRIGUES et al, 2011:144)

Andrade e Santos (2016) acrescentam que a RMS, enquanto estratégia de formação dos trabalhadores da saúde se fortalece quando perpassa pela articulação entre prática, teoria e pesquisa. É essa articulação que precisa ser estabelecida e preservada entre os assistentes sociais (residentes, preceptores e tutores) na garantia da formação qualificada na saúde.

Conforme Rolim (2015:51), as RMS devem ser compostas por “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”.

Ou seja, busca-se fortalecer um direcionamento público na formação e no trabalho em saúde, garantindo uma supervisão técnico-profissional (CLOSS, 2013).

é necessário que a RMS seja desenvolvida através da integração entre ensino-serviço-comunidade, o que implica a interlocução dos programas de residência com gestores, trabalhadores e usuários, de forma que se promova a articulação entre ensino, serviço e gestão. Quanto à primeira tríade, cabe ressaltar que o ensino deve ser transversal ao serviço. Ou seja, os serviços de saúde como cenários de aprendizagem, organizados de forma a abarcar, no interior do processo de trabalho e das práticas assistenciais da equipe efetivada, processos cotidianos de educação de todos os trabalhadores (CLOSS, 2010: 62).

A Residência deve ser destacada ainda, enquanto uma modalidade de formação para o trabalho multiprofissional em saúde. Salientamos o potencial que a Residência tem de

contribuir para a articulação entre as profissões e de afirmação da integralidade das ações em saúde.

Dessa forma, a Residência possibilita o estímulo ao trabalho em equipe e a interlocução entre os trabalhadores da saúde, visando o atendimento das necessidades da população de forma ampliada. Rodrigues (2016:76) reforça que o que: “potencializa os Programas (...) é a possibilidade do trabalho conjunto, a construção de ações “costuradas” por diferentes áreas profissionais, sendo que o que as une, neste caso, é a defesa de uma determinada política, qual seja, a pública, voltada à defesa do SUS e da saúde como direito”.

Sousa e Mira (2016:9) em pesquisa realizada com residentes, sinalizam que estes destacam que suas experiências de trabalho “contrariam a segmentação das especialidades de saúde” e que o “trabalho em equipe se apresenta como uma grande potência de atuação com os usuários”.

No entanto, Closs (2010:64) observa que essa perspectiva que colabora para a constituição de competências e saberes compartilhados, não implica na diluição da particularidade de cada trabalho. Na verdade, “possibilita a aquisição de novas competências, construídas conjuntamente, preservando o aporte específico de cada área profissional”.

Assim, a vivência do trabalho interprofissional atravessa os diferentes cenários de prática:

a ênfase dada ao trabalho em equipe justifica-se pelo fato de as RMS constituírem-se estratégias de mudanças nas práticas em saúde, visando à superação do modelo biomédico. Dessa forma, busca-se que o trabalho interdisciplinar fomente a discussão de casos, a troca de informações e de conhecimentos, o desenvolvimento de competências compartilhadas e a articulação de ações entre os profissionais para garantir assistência e cuidado integral às necessidades de saúde dos usuários, rompendo com a fragmentação e individualização das práticas de saúde. Compreende-se também que o trabalho em equipe requer a dissolução das disputas de poder e dos conflitos, no sentido de respeitar a autonomia de cada profissão e de reconhecer as contribuições que cada uma pode ofertar (COSTA, 2016: 177).

Na articulação com outras áreas, Soares (2016:2) elucida a contribuição dessa formação em áreas estratégicas para a saúde, como em programas em assentamentos ou territórios remanescentes de Quilombos, na perspectiva de contribuir com a saúde integral da população. Frossard e Silva (2016: 287) destacam a contribuição na área de cuidados paliativos, ao integrar diversos conhecimentos na atenção integral do usuário.

A partir do exposto, corroboramos com a concepção de Residência defendida por Closs:

Constitui-se numa formação pós-graduada, lato sensu, desenvolvida em

serviços do SUS, sob supervisão técnico-profissional. É orientada para a apreensão e atendimento ampliado às necessidades de saúde da população, para qualificação do cuidado em saúde frente aos processos saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Ocorre através da integração do eixos ensino-serviço-comunidade (gestão), do trabalho em equipe interdisciplinar e da permanente inter-relação entre os núcleos de saberes e práticas, bem como com o campo da Saúde Coletiva. Constitui-se numa estratégia potencializadora da reorientação do modelo assistencial, diretamente relacionada com a Formação Profissional em Saúde e a Educação Permanente em Saúde (CLOSS, 2010:125, 126).

## **Política de saúde e condições para o desenvolvimento dos Programas de Residência**

Uma importante contribuição do aporte teórico do Serviço Social sobre as Residências em saúde é sua análise crítica e problematizadora em torno das condições de efetivação dos Programas enquanto qualificação dos trabalhadores do SUS.

Os autores da área apresentam o cenário contraditório de implantação dos Programas de Residência, na medida em que se avança nos anos 2000 uma política econômica que tensiona a política de saúde e incide na priorização de “interesses e fortalecimento do grande capital por meio da utilização de recursos públicos com a iniciativa privada” (ANDRADE, 2015:56); “ênfase no modelo de assistência médico assistencial e privatista” (ROLIM, 2015:34); e “no desmonte das políticas sociais, especialmente a política de saúde na sua dimensão de recursos humanos” (SILVA, 2016:154).

Mioto et al (2012:189) ressaltam que as residências multiprofissionais se desenvolveram em meio a uma disputa política e ideológica em torno das políticas de Estado e as de mercado (hospitais, empresas privadas de saúde, medicina de grupo). Estas incidiram diretamente nas universidades, nos hospitais de ensino, nos centros de pesquisa e nas unidades básicas de saúde que passaram a se constituir “campos privilegiados dessa disputa”.

Dessa forma, os cenários de prática da Residência expressam disputas entre projetos e interesses diferentes para a área da saúde, como pode ser expresso através das Organizações Sociais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários.

Mioto et al (2012) salienta que a condução da política universitária na área da saúde, especialmente referente aos Hospitais Universitários e a adesão à EBSERH, traz diferentes rebatimentos para os Programas de Residência. Eleutério e Soares (2013:.6) relatam que a adesão à Empresa pela sua Universidade impactou na não reposição de recursos humanos e na

remoção dos profissionais dos Hospitais para o campus da Universidade em decorrência da situação de incertezas relacionada à autonomia universitária.

Dessa forma, como afirma Santos et al (2010:5), os Hospitais Universitários, serão também tensionados pela proposta “de priorização da formação de profissionais para o mercado e a permanência de relações hierarquizadas”.

A contrarreforma na educação superior também impacta nesse processo com a mercantilização do ensino, a desvalorização da pós-graduação lato sensu e a descaracterização das diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)- que resulta “em um projeto de formação reduzido, mais flexível, atendendo às necessidades do mercado, e na precarização do ensino” (ROLIM, 2015: 37).

Os novos modelos de gestão para a política pública de saúde, a não realização de concursos públicos, as terceirizações e subcontratações, incidem na utilização dos Programas de Residência como alternativa para recomposição do quadro de trabalhadores da saúde, contribuindo para a precarização do trabalho na área (SILVA; ARANTES, 2016).

Silva (2016:153-154) salienta que esse processo esvazia a residência enquanto estratégia de formação para o trabalho em saúde uma vez que “o residente se insere nos processos como um trabalhador precarizado e não como um trabalhador/sujeito em formação”.

As novas formas de contratação (contratos temporários, precarizados) nos serviços impactam também na preceptoria, uma vez que a rotatividade dos profissionais tem rebatimentos na efetividade do trabalho, atenção e vínculo entre a própria equipe e com os usuários (CARVALHO et al, 2011).

Outra questão identificada nos cenários de prática são as precárias condições de trabalho em serviços da rede de saúde – “falta de salas de atendimento, insuficientes recursos e instrumentos de trabalho -, como também dificuldades de aceitação dos funcionários em relação ao papel dos residentes” (ANDRADE, 2015:90). Assim, torna-se claro a dificuldade de diálogo entre os profissionais e também “(...) a ausência de estrutura física que permita a organização de momentos para discussão, planejamento e produção teórica (...)” (ROLIM, 2015: 105).

O que se desdobra desse cenário é o questionamento quanto à efetividade ou não da Residência enquanto possibilidade de qualificar os trabalhadores do SUS. Pesquisas demonstram que a Residência tem se tornado possibilidade de inserção dos profissionais de Serviço Social em sua primeira experiência de trabalho (FORMAÇÃO, 2014; RAULINO et al, 2016:1), mas não garante a fixação destes na rede de saúde.

Os Programas de Residência Multiprofissional acabam se tornando para os profissionais recém-formados uma alternativa contra o desemprego, tendo em vista a bolsa recebida. Broto e Silva (2016) destacam que as bolsas das Residências, muitas vezes, são maiores que muitos salários pagos a profissionais dos serviços de saúde, se constituindo enquanto uma alternativa de sobrevivência e não de qualificação para a atuação na rede de saúde.

Como dito, a fixação dos residentes é outro elemento importante nesse debate, uma vez que a contratação destes profissionais tem sido restrita e não há o aproveitamento e a valorização da formação dos residentes no mercado de trabalho público após a finalização da residência.

A pesquisa de Vargas (2015) com assistentes sociais egressos de um Programa de Residência em Saúde da Família demonstrou que nenhum dos profissionais se encontrava inserido neste espaço sócio-ocupacional. A autora alerta que há um elevado investimento do poder público e a baixa incorporação desses profissionais nos serviços de saúde. Ou seja, o aproveitamento de profissionais com um perfil mais adequado para trabalhar no SUS também passa por uma decisão política e pelo comprometimento dos gestores com a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (SILVA, 2010).

Para além de todas as problemáticas citadas anteriormente, uma questão central exposta nas produções se refere a carga horária de 60 horas semanais dos Programas de Residência. Silva (2016) aponta que esta é desgastante e vai contra uma formação crítica, criativa, política e pedagógica.

Oliveira (2017) observa que esta questão localiza-se no contexto de disputas de projetos para as Residências. A autora esclarece que no ano de implantação da Residência Multiprofissional (2005) a legislação previa uma carga horária entre 40 e 60 horas. O afixamento das 60 horas, veio em meio a disputas com as Residências médicas e a defesa da necessidade de isonomia das bolsas entre as áreas profissionais e a carga horária realizada.

A pesquisa realizada por Closs (2010) demonstrou que a extensiva carga horária se traduz na sobrecarga de atividades assistenciais em detrimento da carga horária teórica, trazendo prejuízos para o processo reflexivo e articulação teoria/prática. Para além disso, a carga horária excessiva também impacta diretamente nos serviços prestados à população.

Oliveira (2017) em levantamento realizado junto a publicações sobre Residência demonstrou que o “sofrimento no trabalho” dos residentes já tem sido alvo de reflexões. A autora aponta que, em pesquisa realizada em uma Universidade pública do Rio Grande do

Sul, 37,84% residentes apresentaram alta exaustão emocional e 27% indicativo para Síndrome de Burnout<sup>1</sup>, estando os residentes submetidos a estressores da profissão e da formação. Rodrigues (2016) aponta que essa situação tem sido alvo permanente de denúncias por parte dos residentes, no que concerne a vivência do assédio moral e a responsabilidade em assumir o atendimento das demandas dos serviços em detrimento do componente da formação.

Nesse sentido, o

acúmulo de responsabilidades, o excesso de atividades, bem como a carga horária instituída, ou seja, de 60 horas semanais, podem estar potencializando este processo de adoecer. Assim como outros aspectos contraditórios existentes nessa política de formação, possivelmente a carga horária seja a mais gritante (OLIVEIRA, 2017:127).

Machado e Andrade (2016) destacam ainda as dificuldades de diálogo entre coordenadores, tutores, preceptores e docentes. Frossard e Silva (2016) apontam que uma das dificuldades deste processo é a consolidação de espaços democráticos de discussão entre os residentes e coordenadores/gestores dos Programas. Acrescido a isso, o Fórum de Residência já vem chamando atenção, como exposto na Carta de Olinda<sup>2</sup> e outros materiais lançados, da necessidade de alinhamento das coordenações de Programas, principalmente para preservar e afirmar os direitos dos residentes.

Dessa questão se desdobra outra que é o lugar do residente na equipe e nos serviços. Silva (2016:126) observa que “os residentes são considerados estudantes em formação e não trabalhadores; porém, esse processo de “formação” acontece através do trabalho. Ou seja, os residentes assumem responsabilidades nas práticas profissionais assim como os demais trabalhadores”. Rodrigues (2016) observa que essa relação formação/trabalho faz com que alguns entendam que os residentes devem suprir a necessidade de recursos humanos e assumir a resposta às demandas dos serviços. No entanto, a autora destaca que, apesar dessa linha tênue, os residentes devem ser considerados profissionais em formação. Ou seja,

Há uma inserção diferenciada e a articulação com a formação exige supervisão das práticas, horários para estudos, reflexões, reuniões, vivências nas experiências de trabalhos em rede, possibilidade de encontros que ampliem o leque de reflexões e conhecimentos, retornando sob a forma de novas possibilidades e estratégias de educação permanente que reverbere na transformação de modelos e modos de operar em saúde (RODRIGUES, 2016:79-80).

---

<sup>1</sup> De acordo com Teixeira et al (2010:102) “a Síndrome de Burnout se constitui em uma reação à tensão emocional crônica, gerada no contexto laboral de trabalhadores que mantêm contato direto e permanente com outros seres humanos”.

<sup>2</sup> A Carta de Olinda é resultado dos debates ocorrido no Encontro Nacional de Residências de 2016 que sinalizou, entre outras questões, a necessidade de redução da carga horária sem redução do atual valor da bolsa e o repúdio ao assédio aos residentes.

Gomes e Paula (2017) reforçam que, apesar da atividade do residente ser regular e remunerada, ela não se concretiza como trabalho assalariado. Dessa forma, apesar do assistente social residente ser um profissional graduado e ter as condições exercício profissional (RODRIGUES, 2016:77), inclusive responsabilidade ética, “o residente não pode ser considerado um membro da equipe que responde individualmente pelas demandas”.

Pela natureza das Residências Multiprofissionais em Área de Saúde – formação em serviços – há uma inserção diferenciada e dúbia dos residentes nos serviços. Não são estudantes, mas estão em processo de formação e devem estar amparados pelas instituições formadoras em todo o percurso formativo, com destaque para a mediação ensino-serviços, a perspectiva teórica e ético-política presente nos projetos político-pedagógicos dos Programas, a necessária supervisão e articulação das atividades e, fundamentalmente, os vínculos com os preceptores, sujeitos dos serviços que acompanham o cotidiano dos residentes (RODRIGUES, 2016:80).

No que se refere a carga horária teórica, são destacadas questões referentes ao não reconhecimento pelas instituições de ensino da carga horária da tutoria - que aumenta as atribuições e sobrecarrega o trabalho docente. Esse fato, por exemplo, teve impacto em um Programa que tomou a decisão de não incluir a categoria no processo seletivo devido ao fato da Universidade não disponibilizar carga horária docente para atividades destinadas à tutoria acadêmica (SCHMALLER et al, 2012).

Sousa e Mira (2016) identificaram em pesquisa realizada com residentes, que há uma precarização da formação teórica. Um dos motivos para este processo é o fato dos docentes não estarem preparados para trabalharem as temáticas necessárias ao arcabouço teórico da Residência, como também a limitação na dedicação às aulas, devido ao cansaço gerado pela carga excessiva de trabalho.

Além dos docentes, os profissionais dos serviços de saúde também acumulam as atividades da residência com sua carga horária de trabalho ou encontramos cenário onde há a falta de profissionais preceptores e tutores. Basilio et al (2016) destacam que muitos Programas encontram dificuldades em ter profissionais assumindo a preceptoría dos programas devido à instabilidade do emprego e ao grande volume de demandas de trabalho.

Sousa e Mira (2016) apontam ainda que as atividades dos residentes também são atravessadas por rotinas de trabalho hierarquizadas e caracterizadas pela exigência de produção de resultados, o que impacta em atividades descaracterizadas de reflexões. O excesso de demandas postas aos trabalhadores traz dificuldades também para efetivação dos momentos de reflexão teórica, o que pode reduzir os atendimentos ao imediatismo, comprometendo os princípios da Reforma Sanitária (RESIDÊNCIA INTEGRADA, 2014).

Dessa forma, destaca-se a necessidade de educação Permanente para os envolvidos na Residência e afinamento na compreensão do papel da Residência nos serviços de saúde.

Mioto et al (2012:202) nos chama atenção para o fato de que a tensão entre carga teórica e carga prática de atividades, a agenda cheia de tarefas e o trabalho intelectual também como tarefa a ser cumprida, é “bastante perigoso para uma profissão que tem uma larga tradição em execução de tarefas e, por isso, tende a reproduzir o que está posto, as urgências e as exigências institucionais”.

Costa (2016) em pesquisa com programas de Residência, por exemplo, demonstrou que uma das dificuldades na semana padrão dos residentes é o desenvolvimento das atividades de plantão. Muitas vezes, o assistente social preceptor não desenvolve essa atividade, tendo que alocar os residentes em outro ponto da rede de serviços que nem sempre estão sintonizados com a proposta formativa, “o que por sua vez gera conflitos com os demais profissionais em relação ao cumprimento da carga horária, ou pelo fato de quando realizado, o plantão ainda possuir caráter tradicional, com atividades que não conseguem ultrapassar o atendimento de demandas imediatas” (COSTA, 2016: 113).

Neves et al (2017) identificou em seus estudos que os desafios postos ao trabalho dos assistentes sociais residentes são determinados pelos desafios e possibilidades do trabalho profissional na contemporaneidade:

os limites e contradições presentes nos trabalhos espelham os impasses vivenciados pelo Serviço Social brasileiro, que se colocam como entraves para a consolidação do Projeto ético-político, agravado pela conjuntura de ajustes fiscais e retração dos direitos que refletem, principalmente na política de saúde, na má qualidade dos serviços prestados, e de medicamentos necessários, nas dificuldades de acesso, nas demandas reprimidas, na precariedade das instituições de saúde, com equipamentos obsoletos, no desvio e insuficiência de recursos e nos traços de improvisação. Desta feita, repercutindo no trabalho do assistente social, com prevalência da rotina burocrática e imediatista, do atendimento individual e fragmentado para suprir os interesses institucionais, comprometendo o trato crítico e qualificado às demandas sociais e profissionais da contemporaneidade (NEVES et al, 2017:230).

Em relação ao trabalho multiprofissional, é sinalizado que, muitas vezes, os projetos pedagógicos não contemplam, de fato, a realidade multiprofissional, uma vez que é tensionada pela histórica prática fragmentada do trabalho em saúde. Além disso, tem-se como motivos dificultadores da relação multiprofissional e interprofissional as:

diferenças na compreensão acerca do que é a Residência, do papel dos residentes nos serviços e dos pressupostos da formação em saúde; resistência dos defensores do modelo médico hegemônico em realizar atividades multiprofissionais; e dificuldades de articular o campo específico com o

comum, sem que haja a supremacia de uma profissão sobre a outra (CASTRO, 2013:164).

Outra questão destacada é a falta de interlocução da Residência médica com a multiprofissional. Machado e Andrade (2016), Rodrigues et al (2016), Residência (2014) demonstram que este é um dos grandes desafios para o avanço do trabalho multiprofissional, uma vez que não há realização de atividades conjuntas e há dificuldade de comunicação entre os residentes médicos e residentes multiprofissionais. Rolim (2015:) destaca que este contexto demonstra “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”.

Batista (2016) ressalta que a Residência, por si só, não alterará a formação em saúde e a realidade dos serviços de saúde, se não vier acompanhada de condições objetivas para sua efetivação em seu sentido primário. Uma vez que, “os desafios são muitos, principalmente num contexto em que propaga o discurso sobre a ineficiência do setor público e a defesa de novos modelos de gestão” (ROLIM, 2015: 60).

Dessa forma, as Residências Multiprofissionais precisam ser entendidas enquanto uma área estratégica que necessita estar articulada com as premissas constitutivas do projeto de Reforma Sanitária: “uma formação em saúde que supere a lógica privatista e modelo hegemônico de saúde, afirmando a construção de um modelo assistencial pautado na integralidade, na universalidade do acesso e na participação popular” (CLOSS et al 2012, p. 2). Logo, segundo Rolim (2015: 68), o Projeto Pedagógico de cada programa é essencialmente uma “ferramenta para ampliar e efetivar a formação do residente em consonância com os princípios do SUS”.

Nesse sentido, os próprios Programas têm que se colocar enquanto espaço de debates acerca do “ataque à política de saúde” (ROLIM, 2015). Silva e Patrocínio (2016b:4) reforçam que o contexto avesso ao SUS universal e de qualidade e as formas de resistência a este contexto devem ser pauta do processo formativo, sendo reforçado o objetivo de “formar profissionais/intelectuais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS para que a relativa autonomia reservada aos profissionais de nível superior possa ser aproveitada a favor da luta pela saúde coletiva”.

## **Contribuições e desafios das Residências para qualificar o trabalho do assistente social na saúde**

A defesa do Serviço Social da formação continuada através das Residências se fundamenta, essencialmente, na relação entre formação e trabalho e na articulação entre teoria e prática.

Vasconcelos (2012) ressalta que o processo de ensino-aprendizagem nas Residências ocorre durante o processo de vivência do trabalho profissional e a reflexão sobre ele nos diferentes espaços de construção das mediações entre teoria/prática, se diferindo, assim, de outros modelos de especializações. Esse processo exige também a construção e busca de novos conhecimentos teóricos a partir do contato com a comunidade e a rede de serviços. Martins et al (2016) defende que a Residência multiprofissional impele ao diálogo interprofissional e a complexa mediação entre teoria e prática na articulação com as outras áreas de conhecimento.

Ribeiro et al (2016) chama atenção, assim, para a necessidade de efetividade dos momentos de reflexões teóricas realizadas entre os vários sujeitos que compõe os programas de Residências (residentes, tutores, preceptores e docentes), que irá contribuir decisivamente para a superação da prática profissional rotineira, fragmentada, burocratizada. Ou seja, apesar dos diferentes desafios apontados, os Programas de Residência tem contribuído para qualificar o trabalho dos assistentes sociais nos serviços de saúde.

Costa (2016:114) observa que, muitas vezes, os assistentes sociais se inserem nos Programas de Residência sem ter vivenciado na graduação conteúdo que “dê suporte para decifrar e atuar nas diversas expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos no campo da saúde, e até mesmo com pouco conhecimento sobre o SUS e a reforma sanitária”. Dessa forma,

a residência permite ao Assistente Social a continuidade no processo de formação profissional, bem como, especializar seus conhecimentos em área específica, neste caso, a saúde. A residência, além de configurar-se como campo para relacionar teoria/serviço, também possibilita o trabalho interdisciplinar, em que os envolvidos têm a oportunidade de compartilhar saberes, o que pressupõe conceber os usuários da saúde na sua totalidade (RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL, 2014:10).

Vale (2012) aponta que os residentes apresentam inseguranças e dificuldades em disciplinas que são comuns as outras profissões e que não compõem a grade curricular do Serviço Social. Nesse sentido, a garantia dos espaços de interlocução é essencial, com a garantia de módulos teóricos transversais que abrangem todas as profissões e os seminários

teórico/práticos que permitem momentos de debates e integração das diversas profissões.

Consideramos, ao mesmo tempo, que os espaços de discussão da área específica deve se constituir também “como lugar privilegiado de reflexão crítica sobre o exercício profissional (...). A problematização coletiva das vivências pode desencadear processos de aprendizagem significativa e de *transformação* de práticas conservadoras, superando-as para buscar atender ao projeto ético-político profissional” (VARGAS, 2011:19-20).

No campo assistencial, a relevância do Serviço Social na Residência “está na ação cotidiana desses profissionais que buscam viabilizar de forma concreta os princípios da universalidade e da equidade dos direitos sociais, estabelecendo um papel fundamental no processo de integralidade da saúde” (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAUDE, 2014:.4).

No entanto, reforçamos que a formação nas Residências não pode se encerrar na dimensão assistencial do trabalho do assistente social no SUS (CLOSS et al, 2012). A integração ensino-serviço deve ocorrer de forma efetiva articulando docentes, residentes e preceptores tendo como foco central o usuário, visando diminuir a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde (CASTRO et al, 2012).

Apesar das dificuldades de inserção na rede de serviços de saúde pelos egressos da Residência, Closs (2010) destaca que a formação propiciada qualifica o trabalho profissional para outros espaços sócio-ocupacionais, uma vez que oferece “aportes para o trabalho interdisciplinar e em equipe, para a compreensão/reflexão das competências profissionais e para o desenvolvimento de ações assistenciais” (CLOSS, 2010: 154).

Nesse sentido, entendemos que quanto mais a Residência se aproxima da sua proposta inicial, mais serão as possibilidades de efetivação de um processo formativo qualificado. Dessa forma, Vargas (2015) aponta que as potencialidades da Residência se efetivam através da:

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 (VARGAS, 2015:11)

### **Considerações finais**

Os Programas de Residência Multiprofissional se expandem em um cenário de contrarreformas da política de saúde e educação que irão impactar diretamente nas propostas

de formação e qualificação dos trabalhadores dos serviços de saúde que esta modalidade se propõe. No entanto, Oliveira (2017) demonstra que, apesar das diversas contradições e desafios, a formação ofertada pelas Residências apresenta significativa contribuição para os serviços públicos de saúde e para integração docente-assistencial, com centralidade no SUS.

Entendemos, conforme Brunholi (2013), que as Residências têm sido importantes para a qualificação dos serviços e dos profissionais através do movimento que proporciona evidenciando e problematizando:

realidades cristalizadas que impedem movimentos de criação a partir de conhecimentos construídos por meio de vivências, bem como experiências transformadas em processos reflexivos da atuação profissional. Quando há produção reflexiva e crítica sobre vivência abre-se possibilidades de mudanças. Novos caminhos são abertos e experiências já consolidadas unem-se com novos saberes permitindo a renovação dos fazeres em saúde (MIOTO et al, 2012:187).

Nesse sentido, Mioto et al (2012: 203) irão destacar que a inserção do Serviço Social nas Residências se coloca como estratégica “para responder as questões colocadas pela disputa de projetos sanitários distintos, claramente definidos ou travestidos, como para o avanço da própria profissão”.

No entanto, reforçamos as preocupações apontadas por Silva (2016) que a defesa dos projetos das Residências não pode se colocar somente no campo “retórico”, mas deve-ser ter clareza da disputa política entre diferentes projetos societários, sanitários e profissionais que os envolvem.

Ao longo do artigo, destacamos um conjunto de debates que precisam ser enfrentados e aprofundados pela profissão que perpassam pela possibilidade de efetivação das cargas teóricas e práticas das Residências pautadas no projeto ético político da profissão, pela interlocução com diferentes áreas profissionais, até a crítica mais profunda e fundamentada da utilização da Residência como substituição dos trabalhadores e os impactos da contrarreforma na política de saúde neste processo formativo.

Neste sentido, no que concerne à concepção de Residência, é necessário sedimentarmos o entendimento desta enquanto educação permanente que tem como contribuição central o trabalho interprofissional e a formação de novos perfis de trabalhadores para o SUS; reforçando também as análises em torno das condições adequadas para efetivação dos componentes dos Programas.

Importante ressaltar que a profissão tem contribuído em sua produção teórica para desvelar os entraves, desafios e potencialidades das Residências. Desta forma, apesar do avanço na produção da profissão em torno da temática da Residência, torna-se necessário o

aprofundamento das discussões concernentes aos projetos pedagógicos dos programas e a incorporação de estratégias e conteúdos pedagógicos que contribuam para uma formação de qualidade nas Residências; produções que relatem e debatam a contribuição dos assistentes sociais na tutoria e preceptoria, destacando seus limites e possibilidades; avançar nas pesquisas em torno do “lugar” do residente nos Programas, tendo em vista a articulação formação/trabalho; e fortalecer a análise crítica das Residências, avigorando sua concepção de formação para o trabalho na política pública de saúde.

Mioto et al (2012:201) sinalizam que um dos principais desafios é manter a fidelidade ao projeto que estrutura a proposta das Residências - o projeto da Reforma Sanitária. Ou seja, defender este projeto que foi “construído a partir da incorporação da dimensão crítica do social na saúde advinda da aproximação do pensamento sanitário brasileiro com a teoria marxiana, através da análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas”.

## Referências bibliográficas

ANDRADE, K. R. **A formação profissional do assistente social na residência multiprofissional em saúde do HU/UFS.** *Dissertação* (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Social Social/Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2015.

ANDRADE, T. M.; SANTOS, H. M. **Formação profissional, Serviço Social e Residência multiprofissional:** análise do projeto pedagógico. Anais. XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD-ROM.

BRASIL. **Resolução nº 1, de 8 de junho de 2007.** Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. 2007. [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001\\_07.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf)

BRASIL. CNRMS. **Resolução nº 5 de 07 de novembro de 2014.** Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1 de 21 de julho de 2015.** Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 7 de 13 de novembro de 2014.** Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNRMS nº5 de 23 de novembro de 2012.** Institui o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SisCNRMS. Brasil, 2012.

BRUNHOLI, G. N. **Caminhando pelo fio da história:** a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS.

*Mestrado em Política Social*. PPGPS/UFES, 2013.

CASTRO, M. M. C. **O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS**. *Revista Temporalis*. n.º. 26, p. 153- 171, jul./dez. 2013.

CASTRO, M. M. C; OLIVEIRA, L. M. L.; STEPHAN- SOUZA, A. I. **Residência em Serviço Social: formação para o trabalho coletivo**. Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012. CD- ROM.

CECCIM, R, B et al (orgs). **Enciclopedia das Residências em saúde. Série Vivências em Educação na Saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?** Dissertação (Mestrado) –Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde - formação para a integralidade?** Curitiba: Editora Appris, 2013.

CLOSS, T.T et al. **O Serviço Social nos programas de residência em saúde no Rio Grande do Sul**. Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012. CD- ROM.

CORDEIRO, M. G; MATOS, G. P. B; MAIA, L. F. R. B. **Residência multiprofissional em Serviço Social: uma experiência de formação profissional no SUS**. Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012. CD- ROM.

COSTA, V. A. **A formação profissional dos assistentes sociais na saúde e sua articulação com o projeto ético-político pedagógico do Serviço Social: um debate necessário**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Social Social/Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016.

DALLEGRAVE, D. CECCIM, R. B. CECCIM, R. B. **Residências em saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?** *Interface*, Botucatu, v. 17, p. 759-776. 2013.

**FORMAÇÃO multiprofissional para o SUS: uma leitura a partir da Residência em Saúde**. Anais. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal/RN, 2014. CD-ROM.

FROSSARD, A. G; SILVA, E. C. S. **Experiência da Residência Multiprofissional em Serviço Social e cuidados paliativos oncológicos**. *Revista Katálysis*. v.19, n. 02, p. 281-288, 2016.

GOMES, D. C; PAULA, L. G. P. **A supervisão de estágio como atribuição do assistente social inserido em programas de residência: questões para o debate**. *Revista Libertas*. v. 17, n. 02, p. 61-84, 2017.

MACHADO, T. O; ANDRADE, V.R. **A contribuição do Serviço Social à Residência multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP**. Anais. XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD-ROM.

MARTINS, G. B.; MAIA, P. B. S. S; FERNANDES, C. M. C. **O registro do Serviço Social no cotidiano da Residência Multiprofissional em Oncologia**. Anais. XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). Olinda/PE, 2016. CD- ROM.

MIOTO, R. C. et al. **As Residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina**. *Serviço Social & Saúde*. v.11, n.2 (14) p. 185-208,

2012.

NEVES, D. C; FAVARO, T. C; GOLÇALVES, C. A. **Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social.** *Revista Katálysis.* v. 20, n. 02, p. 225-233, 2017.

OLIVEIRA, V. D. **Projetos político-pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde.** *Dissertação Mestrado em Serviço Social.* ESS/UFRJ. Rio de Janeiro, 2017.

RODRIGUES, T. F. **Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?** *Serv. Soc. & Saúde,* Campinas, SP v.15, n. 1 (21), p. 71-82 , jan./jun. 2016 .

RAULINO, A. B. et al. **O Processo de Inserção do Assistente Social na Residência Multiprofissional em Oncologia.** Anais. XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). Olinda/PE, 2016. CD- ROM.

RESIDÊNCIA INTEGRADA multiprofissional: **uma estratégia de formação em serviço da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Anais. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal/RN, 2014. CD- ROM.

RESIDÊNCIA multiprofissional em saúde: **alternativa para a desconstrução do modelo médico hegemônico no SUS.** Anais. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal/RN, 2014. CD-ROM.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: **o desafio da formação em serviço de dedicação integral.** Anais. XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal/RN, 2014. CD-ROM.

RIBEIRO, P. M et al. **Residência multiprofissional em saúde: a intervenção do assistente social.** Anais. XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD- ROM.

RODRIGUES, A. C. et al. **Serviço Social e Humanização: experiência da residência em saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.** *Serviço Social & Saúde.* n.º 12, p.143-169, 2011.

RODRIGUES, T. F. **Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?** *Serviço Social & Saúde.* v.15, n. 1 (21), p. 71-82 , jan./jun. 2016 .

ROLIM, G. N. **A residência multiprofissional em saúde como espaço formativo e interdisciplinar: a experiência do serviço social em um hospital universitário público.** *Dissertação (Mestrado).* Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior - POLEDUC/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

SCHMALLER, V. P. V et al. **Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família.** *Revista Textos e Contextos.* v. 11, n. 02, p. 346 – 361, 2012.

SILVA, L. B. **Trabalho em saúde e residência multiprofissional: problematizações marxistas.** Tese (Doutorado em Serviço Social). ESS/UERJ, 2016.

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

SILVA, A. L. ARANTES, R. F. **Residência multiprofissional em saúde: formação ou precarização do trabalho?** Anais. XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD- ROM.

SILVA, L. C; BROTTTO, M. E. **Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social:**

dilemas na formação e trabalho profissional. *EM PAUTA*, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 126 – 149, 2016.

SILVA, L.C; PATROCÍNIO, S. S. **Formação na Residência em saúde: aproximação através do relato dos preceptores**. Anais. V Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016a. CD- ROM.

SILVA, L.C; PATROCÍNIO, S. S. **Perfil e concepções de saúde dos preceptores na Residência em saúde do HESFA/UFRJ**. Anais. V Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016b. CD- ROM.

SOARES, I. P. **Saúde da população do campo e a atuação do Serviço Social**: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do campo em Garanhuns – PE. Anais. XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). Olinda/PE, 2016. CD- ROM.

SOUZA, M. R. dos S. B. C. de; MIRA, M. L. G. **Formação e Atuação Profissional no Contexto Hospitalar**: o serviço social na residência multiprofissional. Anais. XV Congresso Brasileiro de assistentes sociais (CBAS), XV, Olinda/PE, 2016. CD-ROM.

TEIXEIRA, F. G. et al. **Síndrome de Burnout - a interface entre o trabalho na área da educação e na enfermagem**. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 2 - Dez. 2010, p.101-109.

VALE, M. A. **Assistente social e a Residência multiprofissional**: espaço de troca de saberes e intervenção na área de saúde de Manaus. Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012. CD- ROM.

VASCONCELOS, A. P. S. M. **A formação profissional de assistente sociais nos programas de residências multiprofissionais no Estado do Ceará** - A busca pelo alinhamento teórico-metodológico, técnico-operativa e ético-político. Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012. CD- ROM.

VASCONCELOS, A. P. S. M; VIEIRA, S. B. Aprender em serviço. CECCIM, R, B et al **.Enciclopedia das Residências em saúde**. Série Vivências em Educação na Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, p.13-14, 2018.

VARGAS, T. M. **O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em saúde**: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional? 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.