



III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis – 13 a 14 de novembro de 2019

## **A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO POLÍTICA DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO: o que representa essa dualidade?**

Manuela Darosci  
Sheylla Beatriz Cabral

**RESUMO:** o trabalho apresenta reflexões sobre a política de saúde a partir da implantação das Residências Multiprofissionais no Brasil. Esse tipo de pós-graduação *latu senso* foi criado em 1976 como ferramenta para a construção de novas modalidades de trabalho no SUS, desconstruindo o binário médico-enfermeiro no sistema de saúde. Sua criação e implementação também sofreram com disputas ideológicas, que resultam em diferenças entre os Programas de Residências a nível nacional. Pretende-se analisar a estruturação e desenvolvimento da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, nos anos 2017-2019. Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, de natureza qualitativa, pautada no relato de experiência. É identificado que, para que o discurso sobre a residência não seja apenas algo ideário sobre a defesa do trabalho de integral, mudanças na estrutura organizacional e na legislação dos programas precisam ser feitas, no sentido de combater a precarização desse trabalho/formação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde. Residências Multiprofissionais. Hospital Universitário.

### **INTRODUÇÃO**

O presente artigo possui enquanto direção a discussão sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) identificando a trajetória histórica de criação e desenvolvimento, além das leis que regulamentam os programas no cenário brasileiro. Também objetiva refletir sobre a conjuntura da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (RIMS, HU/UFSC), entre os anos 2017-2019.

Incorporado à política pública de saúde, este tipo de formação é utilizado como forma de estabelecer estratégia de recursos humanos para trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro programa de Residência Multiprofissional foi criado em 1976, através da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul/Brasil, porém a regulamentação das RMS ocorreu somente em 2005, por meio da Medida Provisória nº 238, na Lei nº 11.129.

As RMS são compreendidas como instrumento de formação no âmbito do SUS, e configuram-se como uma modalidade de pós-graduação *latu senso* fundamentada na formação em serviço. O surgimento e ampliação do número de Residências Multiprofissionais

no Brasil está vinculado com as disputas ideológicas sobre os conceitos de saúde e a forma como as práticas profissionais ganham materialidade. Isso significa que a institucionalização das RMS pressupõe a desconstrução de saberes médico-centrados e a ampliação do diálogo para práticas fundamentadas na integralidade e multidisciplinaridade.

De tal maneira, é associada aos programas de Residência disputas que alinham-se a Reforma Sanitária e a defesa de um sistema público de saúde. Decorrente de modificações no contexto político-econômico do Brasil, vinculado a projetos de governos capitalistas contemporâneos, identifica-se a tentativa de desmonte de políticas universais e públicas. A criação das políticas, seus fundamentos e organização têm relação com a realidade que está inserida e a intencionalidade que é expressa.

A reestruturação acometida na política de saúde pública após o texto constitucional de criação do SUS, fundamenta o fato de que os serviços de saúde no Brasil encontram-se mais complexos e segmentados, pautados em distintos padrões de acesso e qualidade, refletindo diretamente nos programas que o compõem (BRAGA et al., 2013). É nesse cenário que as RMS vão ser criadas e organizadas – recebendo, desta forma, influência de diferentes atores.

Percebendo as RMS como processos históricos e sociais, o trabalho objetiva refletir os elementos pautados na realidade do HU/UFSC. Sua relevância está em oportunizar aos residentes multiprofissionais que encontram-se inseridos na prática, subsídios para suas atuações profissionais e organizativas. É auxiliar, de maneira crítica, na compreensão sobre o espaço que ocupam – tendo em consideração o percurso histórico de formação dos programas de Residência que, apesar de contraditórios, são importantes para a superação da visão biomédica.

O interesse e aproximação com a discussão partiu da experiência como Assistente Social Residente da RIMS/HU através da área de concentração em urgência e emergência. O processo de especialização ocorreu entre os anos 2017-2019, estando alocada na Emergência Adulto, compondo uma turma de 36 alunos (as)/profissionais advindos do serviço social, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, farmácia, odontologia, nutrição e fisioterapia. O processo de residência é bastante intenso, com extensiva carga horária de trabalho e teórica, fazendo com que, por vezes, seja difícil analisar os espaços de inserção e dinâmicas de trabalho.

Os Assistentes Sociais estão presentes nas turmas das RMS através dos programas de residência em saúde da família, na atenção hospitalar (clínicos e cirúrgicos), como nos programas intesivistas ou de atenção à urgências e emergências e nos segmentos especializados – saúde mental, saúde da criança, do meio ambiente e etc. Identificando tal amplitude e necessidade de discutir sobre a existência dos programas de residências e do trabalho profissional neste espaço, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publica,

em 2017, a brochura “Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão” como forma de problematizar as questões que perpassam essa esfera.

O presente trabalho está dividido em três eixos. O primeiro item aborda a política de saúde no Brasil, relacionando-a com o surgimento e desenvolvimento das residências multiprofissionais. No segundo item será trazido informações sobre a RIMS/HU, explicitando sua criação, áreas de concentração e dinâmica do programa. Por fim, pretende-se refletir sobre o processo de residência na RIMS/HU entre os anos 2017-2019, percebendo, de que medida, mudanças no contexto econômico e político brasileiro trouxeram modificações para o programa.

A metodologia disposta neste trabalho que permitiu percorrer o caminho da pesquisa foi o do estudo documental e descritivo, de abordagem qualitativa, concomitante ao relato de experiência. A leitura de artigos sobre o contexto de criação das RMS e de legislações pertinentes aos seus processos de institucionalização viabilizaram organizar a trajetória histórica de tal processo. Partindo da pesquisa documental e bibliográfica, a partir das mediações com a realidade, isto porque o cotidiano, o imediato, demonstra apenas a aparência e sua análise pressupõe relações recíprocas entre as diferentes esferas. A pesquisa também implicou em perceber o fenômeno superando o olhar biomédico, conferindo a saúde uma perspectiva ampliada que envolve, desta forma, marcadores sociais de classe social, gênero, raça/etnia e outros.

De forma a contribuir com a discussão crítica sobre as RMS no cenário brasileiro, na elaboração do material bibliográfico para análise, optou-se por utilizar textos que a) discutissem a realidade específica do HU/UFSC e b) trouxessem elementos atuais sobre o debate das RMS. Para tanto, foi realizado levantamento na biblioteca SciELO com os descritos “residência *and* multiprofissional”, “residência *and* serviço social” e “residência em saúde *and* serviço social”. Os textos que dispunham-se a discutir questões referentes ao processo histórico de implantação das RMS, legislações e avaliações dos programas eram escassos. Não foi encontrado, neste banco de dados, nenhum texto que tratava de discutir a questão do Serviço Social associado à Residência. Desta maneira, optamos por realizar busca no “Google Acadêmico” com os mesmos descritores e foram encontrados textos atuais de Anais de Eventos sobre as temáticas. Diante dos aspectos mencionados, estruturou-se a Tabela 01 para auxiliar na visualização dos textos, temáticas e ano de publicação dos materiais.

Tabela 01 – Artigos utilizados na discussão conceitual

<b>Título do Artigo</b>	<b>Autoria</b>	<b>Peródico</b>	<b>Ano*</b>
Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: a experiência do Programa de Residência Multiprofissional	LIMA, Joseane Barbosa; et al.	Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.	2018

Integrada em Atenção Hospitalar da UFJF.			
As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da UFSC	MIOTO, Regina Célia Tamasso; et al.	Revista Serviço Social & Sociedade.	2012
Residência Multiprofissional em Saúde: crise do capital e flexibilização do trabalho.	SILVA, Luciana da Conceição e.	Anais 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.	2018
Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica	SILVA, Letícia Batista.	Revista Katálysses.	2018
Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela UFSC, Brasil.	SILVA, Lais Santos. NATAL, Sônia.	Trabalho, Educação e Saúde.	2019

FONTE: Elaborado pela autora (2019). \*Refere-se ao ano de publicação no periódico/anal de evento.

Tais elementos fornecem os contornos sobre a trajetória histórica, a organização da RIMS/HU e, sobretudo, analisam o período de imersão entre 2017-2019.

## II A Política de Saúde no Brasil e as Residências Multiprofissionais

A proteção social e benefícios no Brasil, até a década de 1990, estiveram condicionados ao pagamento de contribuições, fundamentado em um modelo previdenciário de assistência. Nessa direção, a política de saúde regida pelo Estado reforçava tal realidade, voltando sua atenção para os trabalhadores cujo vínculo de trabalho constituía-se de maneira formal. Contudo, a partir dos anos de 1960 a conjuntura política e econômica brasileira contribuiu para que profissionais de saúde e estudantes realizassem a discussão sobre a política de saúde, processo que viabilizou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira até a confluência do SUS.

A saúde é instituída enquanto política pública estatal e universal a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, onde, para o seu desenvolvimento, são previstas ações e serviços que versam sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde.

É importante salientar que, no decorrer dos anos, a organização do SUS sofreu influências a respeito do contexto político-social e econômico vivenciados. Apesar da defesa clara de um projeto de saúde no texto constitucional, a questão permanece, ainda nos dias atuais, à mercê da vontade política de diferentes governos. O que se visualiza atualmente é que, a partir de medidas consubstanciadas pela perspectiva neoliberal, ocorre a fragmentação dos serviços de saúde e a desvinculação da ideia de direito social, transferindo para o mercado e a “sociedade civil” responsabilidades que, *a priori*, eram de caráter estatal (PEREIRA, 2013; KRÜGER, 2019).

Dentro de uma nova forma de organização do sistema de saúde, a Política de Educação Permanente em Saúde (2004 e 2006) define que é importante elevar a qualidade dos serviços por meio do reordenamento do recursos humanos mediante ações nas três

esferas do estado (SILVA; NATAL, 2019). Portanto, as RMS respondem às necessidades do SUS, sendo um instrumento de formação e inserção de profissionais nos serviços, estando em processo educativo que é aplicado ao âmbito do trabalho.

O primeiro programa de Residência Multiprofissional foi criado em 1976, através da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul/Brasil, porém a regulamentação das RMS ocorreu somente em 2005, por meio da **Medida Provisória nº 238, na Lei nº 11.129**. Em tal texto fica definido a residência em área profissional como forma de ensino de pós-graduação com foco no serviço, destinada a 13 profissões da área da saúde, não englobando a medicina<sup>1</sup>. Também é estabelecido parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) – uma vez que este último cria a **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**<sup>2</sup>.

A **Lei nº 12.513, de novembro de 2011** institui o Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional. Pontua-se que tal questão ainda gera polêmicas, uma vez que não são todos os atores envolvidos no processo de residência que recebem remuneração para acompanhar tal processo. Até os dias atuais não foi desenvolvido uma política de formação permanente destinada aos preceptores/as e tutores/as (CFESS, 2017).

A **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, de 2012** estabelece as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e profissional de saúde, por meio da Comissão Nacional. Através da **Resolução 01, de julho de 2015**, é definido que cada programa de residência em saúde deve implementar uma única Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), que é órgão deliberativo sobre os assuntos pertinentes aos residentes e à residência. A **Resolução CNRMS nº 2, de 2010**, dispõe sobre o funcionamento das instituições e atribuições da COREMU.

Os programas de residência envolvem duas instituições a) a instituição formadora (universidades) e b) as instituições onde o serviço é realizado, que podem ser hospitais ou as unidades básicas de saúde. Ambas são interligadas, através de composição única, por meio da COREMU (LIMA, et al., 2018). Um dos desafios da COREMU e das coordenações dos programas é conseguir articular, de forma contínua, os espaços de ensino e o serviço – conseguindo garantir os momentos de discussões de forma multiprofissional e as reflexões por cada profissão.

A **Portaria do Ministério da Educação nº 147, de 2014**, institui sobre a duração e carga horária das residências. As RMS terão duração mínima de dois anos, com carga total

---

<sup>1</sup> Sobre o período e forma de criação das residências multiprofissionais, instituiu-se que estas seguiram a forma/modelo das residências médicas (no que concerne à carga horária, disposição dos programas, valor de bolsas e etc), mas que não estão inseridas no mesmo processo formativo. Possuem atividades teóricas diferenciadas. Tal elemento demonstra que ainda há embates em relação ao sistema de saúde médico-centrado.

<sup>2</sup> Atualmente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 16, de 2014.

de 5.760 horas em regime de dedicação exclusiva. Dentro desta organização, o/a residente terá direito a um dia de folga na semana e 30 dias de férias, que podem ser fracionadas por 15 dias. Além disto, os programas serão organizados de forma a possuírem 80% da carga horária pautada em atividades práticas e 20% através de atividades teórico-práticas. Vale destacar que a legislação estipula que as atividades práticas, obrigatoriamente, devem ser feitas sob supervisão do corpo docente assistencial. Define, também, questões referentes ao trabalho de conclusão de residência.

É na **Resolução do MEC nº 2, de 2010** que estão organizadas as funções dos diferentes atores circunscritos no processo de residência: o/a residente, o/a preceptor/a e o/a tutor/a. O/A preceptor/a é um/a profissional com, no mínimo, especialização, que possui vínculo empregatício formal com a instituição conveniada à residência. É necessário que seja da mesma área profissional do/a residente e esteja presente no cenário da prática, fornecendo supervisão direta das atividades. Já o/a tutor/a é um professor/a efetivo ou temporário vinculado à Universidade associada ao programa de residência, com titulação de mestre e experiência de, no mínimo, 03 anos. Os/as tutores/as fornecerão orientação acadêmica aos preceptores/as e residentes por meio da tutoria de núcleo e tutoria de campo.

De acordo com o CFESS (2017), até o ano de 2008 as legislações traziam avanços para os programas de residência, estruturando seus serviços, bolsas e processo pedagógico. Contudo, a partir da **Portaria Interministerial nº 1.077, de 2009**, são identificados barreiras nas efetivações dos programas – à exemplo da alteração em relação ao texto que aborda a carga horária, fixando-a em 60 horas semanais (tal questão gera bastante discussões e iremos aprofundá-la nos próximos itens). É importante demarcar que a contrarreforma executada na política de saúde nos últimos anos tem gerado modificações nos serviços de saúde, através de desfinanciamentos e privatizações (KRÜGER, 2019). Isso gera quadros com quantitativos reduzidos de trabalhadores, sobrecarga de trabalho e demandas, além de limitação de recursos materiais e físicos.

Através da experiência de trabalho, também delimita-se que, apesar das legislações, algumas questões referentes aos residentes não são asseguradas. É de ver-se que a extensiva carga horária pode gerar precarização do trabalho; além de que, não há a reposição no número de trabalhadores efetivos das vagas que são ocupadas, temporariamente, pelos residentes. Por possuírem contratos temporários, o vínculo dos residentes formado com a instituição não é trabalhista, provêm de “bolsa-formação”, fazendo com que não seja tributável pelo Imposto de Renda e não seja estabelecido os benefícios de férias remuneradas, 13º salário, FGTS, insalubridade e outros. O arcabouço legal também é limítrofe ao se referir aos seguros por acidentes pessoais e atendimentos/atestados de saúde que não são compensados (SILVA, 2018b).

A falta de institucionalização de direitos, associada a extensiva carga horária e legislações que permitem diferentes interpretações, tal como a não compensação de atendimentos/atestados de saúde, gera desgastes no cotidiano de trabalho entre residentes-preceptores-tutores. É importante salientar que processos macros de precarização e desfinanciamento da saúde estão associadas nas particularidades inscritas nos programas de residência.

### **A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da UFSC (RIMS/HU): interfaces da sua criação e desenvolvimento**

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) possui instituído dois programas de residências multiprofissionais: o curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) e o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital Universitário (RIMS/HU). Conforme explicitado anteriormente, o trabalho possui como foco a experiência da pesquisadora através da RIMS.

O HU/UFSC é um hospital-escola associado à UFSC que foi criado em 1980 e presta atendimento a todo o estado de Santa Catarina. A partir dos anos 2009 e 2010 o MEC e o MS realizaram ações conjuntas no sentido de desenvolver o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários, que implicou no desenvolvimento de novos programas de residências multiprofissionais nesses espaços. Na UFSC, o surgimento da primeira turma da RIMS ocorre em 2010, ofertando em seu processo seletivo 13 vagas para os cursos de serviço social, psicologia, enfermagem, nutrição, farmácia e odontologia. No ano seguinte o número de vagas ofertadas é ampliado para 21, com a inserção dos profissionais de fonoaudiologia. Em 2012 são inseridos os profissionais de fisioterapia. O quantitativo de número de vagas é ampliado de 21 para 36 a partir de 2014, número que permanece até os dias atuais (MIOTO, et al.; 2012).

A RIMS, mesmo sendo uma modalidade de residência hospitalar, é dividida por ênfases, são elas: a) Atenção em Urgência e Emergência (UE), b) Atenção em Alta Complexidade (AC) e c) Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (SMC). A última ênfase somente foi introduzida ao programa no ano de 2013, sendo inicialmente nomeada de “saúde materno-infantil”, mas sua nomenclatura sofreu modificações a partir de debates ocorridos no âmbito da própria residência.

Atualmente o programa engloba oito profissões em seu quadro de alunos/residentes: serviço social, psicologia, enfermagem, nutrição, farmácia (análises clínicas), odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia. Nas ênfases da SMC e da UE não possui residentes de fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia.

No âmbito do programa, o Serviço Social iniciou ofertando uma vaga para a UE. Nos últimos anos possuiu residentes nas três ênfases da RIMS, sendo que, alternadamente, são

ofertadas 6 ou 7 vagas anuais. Referente ao Serviço Social, os residentes da ênfase em UE permanecem, desde o primeiro ano, alocados na Unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC. Entretanto, os residentes da SMC e da AC realizam “rodízio” entre as diferentes unidades que compõe as ênfases, fazendo a escolha ao final do primeiro ano acerca do local que desejam se fixar e realizar a imersão no segundo ano de residência.

O ingresso ao programa é realizado por meio de processo seletivo que engloba a prova teórica geral sobre legislação do SUS e específicas de cada profissão; entrega e defesa do memorial descritivo (entrevista) e análise do currículo. A partir do processo seletivo 2019-2021, as bancas dos processos seletivos passaram a ser constituídas de forma multiprofissional, não mais divididas por categorias profissionais.

Na organização de um programa que possui enquanto direção a formação em serviço (aprender-fazendo), é requerido do residente dedicação exclusiva por meio de carga horária semanal de 60 horas. A dinâmica da RIMS/HU é organizada por atividades diárias que vão das 07h as 17h, de segunda a sexta-feira, e dois plantões mensais de 12 horas aos finais de semana e feriados. A coordenação da residência não é a responsável pela organicidade dos plantões, atividade atribuída para os serviços, preceptores/as e residentes.

Dentro da carga teórica, estão as disciplinas obrigatórias ministradas por professores da UFSC, conforme disposição realizada na Tabela 03. Além destas, também são atividades obrigatórias nos dois anos da residência a participação na Reflexão Integrada do Cuidado Multiprofissional (momento teórico nos quais os residentes, a partir de equipes multiprofissionais, organizam estudos de caso) e o Processo de Trabalho dividido por categoria profissional (no caso do Serviço Social, engloba os Encontros Específicos e Tutorias por ênfase com os respectivos tutores). Além, ocorre os Momentos Integrados que são atividades teórico-práticas quinzenais, com carga horária de 2 horas, para a discussão por ênfase de concentração sobre temas pertinentes para o trabalho profissional.

Tabela 03 – Disciplinas obrigatórias RIMS/HU

<b><u>PRIMEIRO ANO</u></b>	<b><u>SEGUNDO ANO</u></b>
1. SUS e Políticas Públicas 2. Processo de Trabalho e Humanização da Assistência 3. Educação em Saúde 4. Segurança do Paciente 5. Gestão e Planejamento em Saúde 6. Metodologia da Pesquisa e Produção Científica 7. Bioestatística	1. Políticas Públicas em Urgência e Emergência, Saúde da Mulher e da Criança e Alta Complexidade I 2. Trabalho de Conclusão de Curso I 3. Políticas Públicas em Urgência e Emergência, Saúde da Mulher e da Criança e Alta Complexidade II 4. Trabalho de Conclusão de Curso II

FONTE: Elaborado pela autora (2019).

### **A experiência na Atenção em Urgência e Emergência da RIMS/HU entre anos 2017-2019**

O interesse e aproximação com a discussão das RMS partiu da experiência como Assistente Social Residente da área da Emergência Adulto do HU/UFSC concentração em



urgência e emergência, entre os anos 2017-2019. A unidade é organizada para atender situações que requerem intervenções rápidas e estruturas mais complexas, fornecendo atendimento de natureza clínica e cirúrgica<sup>3</sup>. É regulamentada pela Portaria GM nº 2.048, de 2002 e pela Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria GM nº 1.600, de 2011 (DAROSCI, et al.; 2017).

O período de inserção na residência culminou com o período em que o HU/UFSC aderiu a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), demonstrando como o Estado é identificado como campo de disputa entre forças antagônicas e como são utilizados, pelo capital, mecanismos de privatizações na política de saúde para a maximização dos lucros na era do neoliberalismo (PEREIRA, 2013). Krüger (2019) demonstra que, na atualidade, o que é identificado no campo da saúde são ações de desconstitucionalização, privatização e superprecarização do SUS. Esses fenômenos, em conjunto, fazem com que sejam aplicadas diferentes formas de privatizações na área da saúde – tais como a gestão da EBSERH. Para o cotidiano de trabalho, tais medidas implicam em diferenças nas formas de contratação dos profissionais e mudança do vínculo empregatício.

A incorporação da EBSERH gera como consequência para o campo do trabalho a execução de atividades pautadas na lógica empresarial, tais como a minimização do contingente de usuários atendidos pelo SUS (LIMA, et al., 2018). No período da RIMS o que observou-se na Emergência Adulto do HU/UFSC é que houve modificação em relação ao seu sistema: cessou o atendimento classificado como ‘porta aberta’, no qual havia o acolhimento com classificação de risco 24 horas, e passou a funcionar através de atendimento referenciado. Isto é, o serviço de emergência passou a atender somente situações que eram aceitas por meio de contato prévio e aceite do médico plantonista<sup>4</sup>.

Muitos são os desafios interpostos aos assistentes sociais residentes no percurso de formação. A defesa do conhecimento integrado é contaminada pela lógica do serviço em que há diferenciações entre as profissões, hierarquias, falta de diálogo e “boicotes” a interdisciplinaridade. Esse elemento faz com que seja requerido “estratégias de resistência cada vez mais desgastantes no cotidiano dos serviços” (MIOTO, et al.; 2012, p. 191).

A dificuldade de discussões multiprofissionais ocorrem, inclusive, no espaço das disciplinas. Os professores apresentam deficiência em compreender as atribuições privativas de cada profissão, além de seus campos de estudos; principalmente em relação aos cursos

---

<sup>3</sup> A emergência adulto do HU/UFSC não possui atendimento para traumatologia, neurocirurgia e ortopedia. É referência para o atendimento de intoxicações exógenas e acidentes botrópicos e do atendimento aos homens em situação de violência sexual (maiores de 15 anos).

<sup>4</sup> Não houve nenhuma diretriz específica que implementou tal situação na emergência. Ela começou a ocorrer após solicitação da equipe assistencial no período de greve dos trabalhadores da Prefeitura Municipal de Florianópolis em 2017, que gerou superlotação no serviço de Emergência. Contudo, transcorrida tal situação, a organização da emergência nunca voltou ao padrão “porta aberta”. A superlotação dos serviços de emergências e as ações de greve dos trabalhadores municipais também demonstram o sucateamento e desfinanciamento da política de saúde.

de psicologia e serviço social. Apesar da instauração das diretrizes que definem a carga horária teórica das residências, no processo interno da UFSC, os professores não recebem carga horária para se dedicarem à residência, gerando conflitos no interior dos departamentos de ensino<sup>5</sup>. Silva e Natal (2019) afirmam que é perceptível a sobrecarga dos tutores inseridos nos programas e que, mesmo assim, não conseguem administrar todas as atividades para a residência.

O espaço da Emergência Adulto, especificamente, é visualizado como *lócus* privilegiado da atenção médica. Ainda hoje, transcorridos quase dez anos de implementação da RIMS no local, a tentativa de práticas integrativas, com maior diálogo e construções coletivas, se mostram como um desafio aos residentes deste espaço. O ambiente também é campo de atuação das residências médicas e cirúrgicas, além de área de aprendizado para o curso de graduação em medicina. Como consequência, o corpo médico-assistencial sofre modificações mensais devido as escalas de trabalho de tais turmas. O que leva a constantes embates, trocas e novas discussões de problemáticas que já haviam ocorrido.

A rotatividade dos preceptores/a, algo vivenciado durante meu processo como residente, também é elemento que gera conflitos no decorrer do processo de formação, devido, sobretudo, a dificuldade de realizar um planejamento a longo prazo das atividades. Além, claro, de questões referentes ao trabalho: apropriação da dinâmica do local, de interações com a equipe de saúde e outros. Silva e Natal (2019), analisando a RIMS, explicitam que a rotatividade dos preceptores/a está interligado a “sobrecarga que possuem ao tentar aliar o atendimento ao usuário paralelamente ao atendimento ao residente, o que se apresenta como um dos fatores limitantes ao processo de institucionalização do programa” (p. 08).

É importante salientar que, mesmo havendo destinação de recursos aos preceptores/a, na prática isso não ocorre. A única forma de financiamento da residência são as bolsas dos residentes, não havendo, inclusive, recurso financeiro para a coordenação do programa (SILVA; NATAL, 2019). Tais questões irão reverberar na falta de formação continuada para os preceptores/as, não havendo processos pedagógicos de especializações.

No que concerne à carga horária de trabalho da residência, de 60 horas semanais, é identificado como o processo de especialização para os residentes/estudantes é agressivo – gerando adoecimentos físicos e psicológicos. Silva (2018a, p. 203) indica em seu estudo que tal lógica é “inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde”. Mesmo o processo de trabalho dos residentes possuindo

---

<sup>5</sup> Entre 2017-2019 foram responsáveis pelas disciplinas professores da enfermagem (maior quantitativo), farmácia, nutrição e psicologia.

especificidades, sua atividade não deixa de configurá-lo enquanto pertencente à classe trabalhadora e, desta forma, está inserido em toda a complexidade da sua classe.

O limite da dualidade estudante-trabalhador gera discussões nos espaços de atuação; uma vez que é exigido ações e responsabilidades tais como as dos profissionais efetivos. Através do discurso de formação de recursos humanos para o SUS, é visto que ocorre um duplo movimento de aumento na oferta de bolsas de residência versus a diminuição de concursos públicos (SILVA, 2018b). Representando que tais elementos poderiam estar mais associados à precarização do trabalho do que pela oferta de espaços de formação.

## **Conclusão**

São nesses limites que a residência se mantém, cujo processo requer que todos os atores envolvidos construam práticas de resistência frente aos processos de destruição da política de saúde. Ainda que haja dificuldades em sua concretização, as RMS se mostram enquanto recurso de formação que introduz disputas e embates ideológicos no âmbito dos serviços de saúde. A própria existência das residências em instituições como o HU/UFSC faz com que o tema da multidisciplinaridade seja (re)pensando, (re)discutido e gere mudanças nos ambientes de trabalho.

A aproximação com as legislações que regulamentam as RMS e a tentativa de propor reflexões sobre a RIMS/HU fez com que elementos que estavam presentes no cotidiano do trabalho fossem aclarados. Contudo, a intenção do trabalho não foi o de exaurir sobre o fenômeno, mas de propiciar caminhos de discussões que estivessem vinculados com o campo da prática. Na residência, a atuação vinculada ao cotidiano laboral tem o objetivo de transformar o processo e a organização do trabalho; tornando, assim, mais integrativo e que gere mudanças nas relações. Por mais difíceis e 'reduzidas' que tais mudanças possam aparentar, elas já representam um processo de oposição ao que está instituído.

A temática das RMS precisam ser mais discutidas e visualizadas, em âmbito nacional, para que as legislações sejam repensadas e sejam introduzidas as necessidades dos próprios residentes, como questões de financiamento e aprimoramento dos tutores/as e preceptores/as. Considerando, claro, não só a mudança no aparato legal, como sua incorporação na prática; tais como, a redução/reorganização da carga horária, incorporação de direitos trabalhistas, credenciamento dos programas e outros. Para que o discurso sobre a residência não seja apenas algo ideário sobre a defesa de um trabalho integrativo, mudanças na estrutura e organização dos programas precisam ser realizados para que se combata ações de precarização nos serviços de saúde e a incorporação dos profissionais como mão de obra barata.

## Referências

BRAGA, M. H; et al. **Políticas de saúde no Brasil: uma visão baseada nas normas reguladoras editadas no período de 1990 a 2010**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 39, n. 34, p.45-54, jul./dez. 2013.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão. Brasília, Brasil. 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>>. Acesso em set/2018.

DAROSCI, M., et al. **Os serviços de urgência e emergência e a integralidade: a experiência do Serviço Social no HU/UFSC**. In: Congresso Internacional de Políticas Públicas para a América Latina: educação, saúde e meio ambiente. Itajaí, 2017.

KRÜGER, T. R. **Serviço Social: tendências prático-políticas no contexto de desmonte do SUS**. Socie. Em Deb, v. 25, n. 01, p. 131-146, jan./abr 2019. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/2126/1341>>. Acesso em agost/2019.

LIMA, J. B.; et al. **Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: a experiência do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar da UFJF**. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória/ES, 2018.

MIOTO, R. C. T; et al. **As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da UFSC**. Serv. Soc & Saúde, v. 11, n. 01, jan./jun. 2012.

SILVA, L. B. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica**. Revista Katálysses, v. 21, n. 01, 2018a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em agost/2019.

SILVA, L. da C. **Residência Multiprofissional em Saúde: crise do capital e flexibilização do trabalho**. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória/ES, 2018.b

SILVA, L. S.; NATAL, S. **Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela UFSC, Brasil**. Trab, Educ. Saúde Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000300505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300505&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em agost/2019.

PEREIRA, C. P. **Proteção Social no Capitalismo. Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. Tese de doutorado Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS . Universidade de Brasília – UnB. 2013. P. 65-137. Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2013/53001010035P1/TES.PDF>> . Acesso em maio/2019.