



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional.

Sub-eixo: Formação profissional.

PRECEPTORIA DE SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

VANIA DIAS DE OLIVEIRA¹

Resumo: Este artigo visa problematizar o trabalho profissional da preceptoria de núcleo do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), no marco da contrarreforma do Estado, com base nas políticas sociais da educação, da saúde e do trabalho, solo da edificação da RMS. Foi realizado levantamento bibliográfico e documental sobre a ofensiva do capital nessas políticas sociais, seus rebatimentos nos hospitais universitários e produzido questões sobre o trabalho da preceptoria do Serviço Social nos projetos político-pedagógicas das RMS.

Palavras-chave: Serviço Social; Política Social; Residência Multiprofissional; Preceptoria de Núcleo.

Abstract: This article aims to discuss the professional work of the preceptorship of core Social Services on Multidisciplinary Residency in health (RMS), in the frame of the Counter-Reformation in the State, based on social policies in education, health and work, solo construction of RMS. bibliographical and documentary was carried out on the offensive of capital in these social policies, their rebatimentos in university hospitals and produced questions about the work of the preceptorship of Social Service projects pedagogic-political of the RMS.

Keywords: Social Service; Social Policy; Multiprofessional Residence; Core Preceptorship.

I- INTRODUÇÃO

Esse artigo é desdobramento da dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ, em 2017, sob o título “Projetos político-pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde”, cujo objetivo se inclinou sobre a produção do conhecimento no estado da arte a respeito das orientações político-pedagógicas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, desde 2010, quando estes programas foram implantados no Brasil. Particularmente, mapeou a produção de dissertações, teses e periódicos do Serviço Social em nível de Qualis A sobre a contribuição da profissão nesta formação.

¹ Profissional de Serviço Social. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. E-mail: <vdo@hucff.ufrj.br>.

Deste trabalho acadêmico e do mirante cotidiano do trabalho profissional como assistente social, vem se construindo um conjunto de inquietações sobre a nova requisição institucional a respeito do que se passou a nomear de preceptoria de núcleo. Esta preceptoria é prevista para todas as profissões inseridas nos programas das RMS, sendo espaço estratégico para manter a educação permanente do residente sobre a formação de origem da graduação e, de forma simultânea, fecundar o trabalho coletivo em saúde (MATOS, 2013).

O objetivo central deste artigo, então, é problematizar que trabalho profissional se constitui a preceptoria de núcleo do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto de contrarreforma do Estado em período de recrudescimento da ofensiva neoliberal no Brasil.

II- DESENVOLVIMENTO

A sociedade brasileira vem vivenciando, a partir dos anos 1990, um ataque às recentes implantadas políticas sociais públicas em decorrência da crise do capital. A característica comum a todas as crises financeiras dos últimos trinta anos é o comparecimento do fundo público para socorrer instituições financeiras falidas à custa dos impostos pagos pelos cidadãos. (SALVADOR, 2010:01).

Segundo Salvador (2010) entre o final dos anos 1960 e começo da década de 1970, o desenvolvimento fordista, as políticas keynesianas e o projeto de Estado social, que vigoraram nos países centrais, foram postos em xeque e consigo os direitos derivados da relação salarial.

A nova fase de acumulação capitalista vai ser capitaneada pela esfera financeira e, no campo ideológico, o velho liberalismo se veste com a "nova" roupagem, rebatizado de neoliberalismo, de acordo com Salvador (2010).

Para o autor acima referido as transformações que vêm ocorrendo no sistema financeiro internacional têm levado os bancos, a partir dos anos 1980, a adotar estratégias que possam garantir formas de acumulação de capital num quadro de maior concorrência no setor bancário. Nesse contexto nascem os novos instrumentos financeiros, como a securitização das dívidas e os derivativos.

A resposta para esta crise pressupõe sucateamento e privatização das instituições públicas, tendo em vista o grave problema de financiamento que, por sua vez, vem ocasionar a precarização e a terceirização dos serviços e, na base, uma ofensiva contra o trabalho.

Conforme Netto (2015) o protocolo de Bolonha tratou de baratear o diploma universitário, espalhando e aviltando a formação universitária. Trata-se de um projeto em escala mundial, no qual uma pequena oligarquia com cerca de cinco mil pesquisadores, num planeta com sete bilhões de habitantes, decide os rumos da execução de projetos, tornando-os heterônimos, réplicas das matrizes que saem do Banco Mundial (NETTO, 2015: SP).

Nesse contexto mundial de contrarreforma nas universidades, a Residência Multiprofissional desde a sua implantação, em 2010, no Brasil, vem participando do processo de reestruturação das universidades do país em meio à requisição de qualificação de trabalhadores para a política pública de saúde, expressando o binômio “formação continuada” *versus* “trabalho precarizado”, nos termos de Granneman (2015).

No entanto, a RMS também compõe o cenário de lutas sociais por políticas ampliadas de educação permanente para todas as profissões que participam da política de saúde no Brasil com vistas à inserção de trabalhadores qualificados para apreender as demandas de saúde da população e as responder sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Que mirante, então, se assenta a apreensão da política social, particularmente, aquela que se converte em política social do ensino superior no Brasil?

Para Behring (2009) política social se constitui como um processo que revela a interação de um significativo conjunto de determinantes culturais, econômicos, políticos e sociais, se estabelecendo em seu debate profundas tensões, tendo em vista as diferentes visões sociais de mundo.

A ausência desse entendimento pode trazer perdas para a luta política em torno das demandas concretas dos trabalhadores, freqüentemente inviabilizadas, atualmente pela propalada “escassez de recursos” (BEHRING, 2009).

Neste sentido, Netto (2007) vem sintetizar as tendências que operam, atualmente, no campo das políticas sociais, cuja síntese é expressa pelo autor em quatro momentos. Sendo eles:

1-A desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica. **2-** A desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil”. E da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às organizações não governamentais e ao chamado terceiro setor. **3-** Desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade. **4-** A política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial (NETTO, 2007: 159-160).

Foi com base nessa lógica que as novas diretrizes para a educação² foram construídas e implementadas, especificamente, no Brasil a partir dos anos 1990, cujo argumento central para a crise do capitalismo centrou-se na regulação do Estado na esfera social e econômica, abrindo portas para as idéias neoliberais que propunham a revisão do papel do estado através de sua modernização e eficiência, significando sua redução tanto na regulação do mercado quanto na promoção das políticas sociais (SILVA; GRAVINA, 2014). O que converge com os termos de Leher (1998: 232-233) quando diz que a política educacional brasileira, na década de 1990, segue a “cartilha” das políticas do Banco Mundial (BM) para a educação superior na América Latina.

Tais políticas de expansão de acesso à educação se constituem historicamente com base nos seguintes determinantes, conforme adverte Leher (2005): São eles: **1-** Sucateamento das Instituições de Ensino Superior públicas; **2-** Redução de verbas públicas; **3-** Estímulo e investimento público nas instituições privadas; **4-** Desmonte do direito à educação e sua mercadorização; **5-** Estímulo ao empresariamento e desresponsabilização do Estado com serviços sociais.

Ao se analisar a trajetória da política de educação brasileira das duas últimas décadas, observa-se que os governos dos anos 1990, 2000 e 2010, ou seja, Fernando Collor de Melo, Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula

²Sugiro, para maior aprofundamento sobre o tema, a leitura de “Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior Nacional (Lei Nº 9.394/96).

da Silva, Dilma Rousseff e Michel Temer incorporaram e desenvolveram a política de educação, especialmente a de nível superior, com base nas determinações do Banco Mundial (BM), cujas principais ações voltadas para essa área tornaram-se convergentes com o projeto neoliberal, tendo em vista a ênfase dada ao pagamento do superávit primário e às ações privatistas e mercantilistas dos direitos sociais.

Apesar das lutas para se garantir o acesso universal à educação em todos os seus níveis e com qualidade, o pacote neoliberal para a política social vem aprofundando sua hegemonia no Brasil, gerando impactos para as políticas sociais de educação, de saúde e do trabalho, solo que conforma o assento da política de formação das RMS.

No que se refere à saúde, ao longo de mais de três décadas da implantação do SUS com a Constituição Federal, é possível identificar avanços como, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde e à constituição de uma rede assistencial hierarquizada nacional. Contudo, os desafios ainda são grandes, especialmente no que diz respeito ao seu financiamento e as mudanças efetivas na forma de realizar a atenção em saúde em meio a uma formação social brasileira heteronômica, patrimonialista e clientelista, associadas à dimensão continental e à diversidade cultural do Brasil (MACHADO, 2001).

Nos termos de Bravo (2016), a luta pela saúde no Brasil tem sido grande e as experiências de privatização das políticas sociais, especialmente a educação e a saúde ganharam destaque desde a ditadura do grande capital desenvolvida entre 1964 e 1974.

Este contexto de luta, no Brasil, ocasionou o movimento da Reforma Sanitária em final da década de 1970, quando foi possível articular forças para construir o SUS, cuja proposta buscou articular a saúde a um projeto societário democrático, às políticas da seguridade social, atentando-se para os determinantes saúde-doença e a integralidade do cuidado. Contudo, para Bravo (2016) existem três projetos em disputa³ na saúde e na sociedade construídos ao longo dos trinta anos da criação do SUS. Sendo eles: 1-

³ Para mais conhecimento acessar: “Apresentação: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)” – BRAVO, maio de 2016.

Reforma Sanitária; 2- Privatista; 3- Reforma Sanitária Flexibilizada. Neste sentido, que projetos em disputa na saúde se encontram subjacentes ao debate das residências multiprofissionais em saúde?

Neste contexto de lutas sociais, entre projetos de reformas dos trabalhadores e de contrarreforma do capital, a temática da formação em serviço realizada na RMS ganha centralidade no processo de constituição do SUS.

Frente ao exposto, cabem aqui algumas reflexões acerca da ofensiva do mercado contra as universidades públicas e seus hospitais. Que finalidade justifica a existência da Universidade e que baliza seus objetivos estratégicos.

Até que ponto a universidade consegue cumprir a sua função social, superando-se no enfrentamento da onda neoliberal com suas características conservadoras e privatistas que reduzem o cidadão à figura do consumidor?

A mudança da face do ensino superior imposta pelas forças privatistas, em larga escala e em âmbito mundial, há pelo menos três décadas, tem se refletido nos espaços socio-ocupacionais, através da identificação de problemas que vão desde os baixos salários de docentes e de técnico-administrativos até a inserção, nas equipes, de quadros profissionais sem a devida proteção por leis trabalhistas, dentre outros. Esses e tantos outros elementos têm contribuído para a desqualificação da universidade pública, laica e de qualidade, bem como para fragmentação do ensino superior. Essa análise reúne potencial para se questionar o desenvolvimento dos programas de RMS no Brasil: como, com que meios, com que recursos físicos, humanos e materiais esses programas têm executado suas funções finalísticas no interior dos hospitais universitários?

Ademais, os Hospitais de Ensino, parte integrante das universidades, se encontravam cada vez mais com menos recursos do orçamento das universidades para dar conta da missão de ensino, pesquisa e assistência em saúde. Importante observar que os HU's foram invadidos pela terceirização e precarização já na década de 1990, quando a diminuição e, por vezes, cessação de concursos públicos federais impediram a recomposição dos recursos humanos.

A proposta de implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH, no último dia do segundo mandato do Governo Lula (2007-10), foi justificada para “regularizar” a situação dos vinte e seis mil trabalhadores terceirizados dos HU’s em todo o país.

Esses desafios circunscrevem a procura dos recém-formados pelas seleções anuais junto aos programas das RMS e a requisição pela atuação do assistente social na preceptoría de núcleo da profissão. Afinal, de que trabalho profissional estamos nos referindo?

2.1 O trabalho da preceptoría de núcleo em Serviço Social: definição, competências, vínculo empregatício, pagamento de bolsas e capacitação

Denomina-se de preceptor o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa.

Conforme explicita a Resolução Nº 02, de 13/04/2012, diferentemente do tutor e do docente, o preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. Entretanto, a supervisão de preceptor de mesma área profissional não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como, por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras. São competências do preceptor, de acordo com a Resolução Nº 02, de 13/04/2012:

- 1- Exercer a função de orientador de referência para o (s) residente (s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde.
- 2- Orientar e acompanhar, com suporte do (s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Político Pedagógico.
- 3- Elaborar, com suporte do (s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução.
- 4- Facilitar a integração do (s) residente (s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática.
- 5-

Participar, junto com o (s) residente (s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS. **6-** Identificar dificuldades e problemas de qualificação do (s) residente (s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Político Pedagógico do programa, encaminhando-as ao (s) tutor (es) quando se fizer necessário. **7-** Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo (s) residente (s) sob sua supervisão. **8-** Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral. **9-** Participar da avaliação da implementação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento. **10-** Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitadas a exigência mínima de titulação de mestre ((Resolução CNRMS N° 02 de 13/04/2012).

Como se pode depreender, o trabalho profissional previsto do preceptor tem uma ampla gama de competências na supervisão da formação em serviço do residente, bem como em atividades de ensino como orientação e avaliação de monografia final de curso das RMS. Trata-se de um trabalho fundamental nos projetos político-pedagógicos das RMS, considerando a sua natureza de especialização em serviço, alocando a maior carga horária do residente em cenários sócio-ocupacionais para a intervenção. Outra questão a observar nas dez competências do preceptor é a sua inserção no trabalho coletivo em saúde como um articulador entre diferentes agentes institucionais das RMS – tutor, docente e residente – e entre as equipes dos espaços sócio-ocupacionais por onde o residente desenvolverá a sua formação em serviço orientada pela intrasetorialidade na saúde e pela intersetorialidade nas políticas sociais.

Sobre o vínculo empregatício do preceptor, este é definido pela instituição a qual está vinculado. Cabendo sublinhar que de acordo com a Resolução supra referida tanto o docente, quanto o profissional técnico-administrativo, podem exercer a preceptoria. Ambos podem exercer a função de preceptoria, bem como de tutoria e coordenação de programa. O que deve prevalecer é a competência e o domínio que o profissional tem para o exercício da função.

Um programa de residência não pode funcionar sem a existência de preceptores, considerando-se que o programa de residência é uma especialização em serviço e o residente não pode ficar sem acompanhamento.

Contudo, há que se refletir sobre o que seria esse acompanhamento para fins de formação para o SUS.

Sobre o financiamento de bolsas para preceptores, conforme sinaliza a Resolução não há previsão desse tipo de financiamento pelo Ministério da Educação (MEC) ou pelo Ministério da Saúde (MS). Dispõem de recursos somente para o pagamento de bolsas para residentes⁴. Existem programas que ao efetivarem pactuação com os gestores locais solicitam serem contemplados com algum tipo de auxílio para investimentos no preceptor, uma vez que até mesmo a capacitação para o exercício da preceptoria não é prevista pelo governo Federal.

A Resolução prevê que o preceptor receba capacitação pedagógica para conhecer o Projeto Pedagógico do Curso e serem capacitados para a sua execução em uma proposta de a educação permanente e/ou contínua (*Resolução Nº 02, 13/04/2012*).

A nosso ver o debate sobre o financiamento de bolsas para preceptores, poderia ser deslocado para a instituição de um Plano de Cargos, Salários e Carreira no âmbito do SUS, a partir de concurso público, com estabilidade no emprego e salários dignos para o exercício da função.

A observação do trabalho cotidiano da preceptoria e a participação em eventos públicos no âmbito dos programas têm sido reveladora da necessidade de amplo debate sobre este tema, de modo a apreender e fortalecer o trabalho em saúde na sua dimensão criativa, valorizando o potencial educativo que dele emerge para a qualificação do atendimento às necessidades em saúde, conforme defende o projeto da Reforma Sanitária. Algumas inquietações derivam sobre o trabalho profissional da preceptoria. Qual é o lugar da preceptoria no processo pedagógico da RMS? Trata-se de um supervisor de campo? De um supervisor acadêmico? Seria o preceptor aquele profissional com experiência sedimentada na formação através da graduação? Seria a preceptoria de núcleo uma nova atribuição privativa edificada com a

⁴ De acordo com a Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, a bolsa paga aos residentes multiprofissionais ou em área profissional da saúde será isonômico ao valor pago ao residente médico. A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e suas alterações, define o valor da bolsa, dos residentes em R\$ 3.330,43(três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos), atualizados no ano de 2016. A isenção do desconto do imposto de renda é válida somente para os médicos residentes. Descontam-se dos residentes multiprofissional ou em área profissional o imposto de renda e o INSS.

implantação da RMS? A preceptoria amplia o risco de burnout, a fadiga no trabalho, considerando que este profissional já tinha responsabilidades anteriores na assistência ou no ensino que permanecem desenvolvendo? Será que ela se torna uma sobrecarga no trabalho?

Fajardo e Ceccim (2011) advertem que a ação profissional desenvolvida na preceptoria:

[...] indica que o trabalho real desenvolvido no exercício da preceptoria resulta em uma sobrecarga de tarefas, ultrapassando fronteiras entre disciplinas, sendo diferente do trabalho prescrito, que é embasado em limites profissionais. (FAJARDO; CECCIM, 2011:02).

A preceptoria se constitui como um dos elementos estruturantes dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP's) da RMS, assim como, dada a sua relevância no contexto da RMS, foi amplamente debatida no Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social, realizado nos dias 04 e 05/09/2016, no Centro de Convenções de Olinda/Pernambuco, organizado pelo conjunto ABEPSS-CFESS, o qual antecedeu o 15º CBAS.

Este evento debateu a formação, bem como a atuação profissional desenvolvida na RMS, a partir do entendimento de que a saúde se constitui como um importante espaço de inserção de assistentes sociais.

Com esta intenção foram formados Grupos de Trabalho (GT), destacando-se a seguir alguns dos principais subtemas debatidos no GT sobre preceptoria, a qual foi dividida em 02 eixos temáticos, ou seja, “formação” e “trabalho”. Foram eles:

1- necessidade de se ampliar o debate sobre preceptoria, tanto no âmbito do serviço social, como nas demais áreas, visando o reconhecimento da preceptoria; **2-** Necessidade de abertura de diálogo entre a residência médica e multiprofissional; **3-** Falta de conhecimento por parte de alguns preceptores sobre RMS e do próprio SUS; **4-** Capacitação teórica de preceptores inviabilizada pela dificuldade de se estabelecer parcerias com as unidades acadêmicas. Lembrando o protagonismo da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), a qual vem realizando cursos de capacitação para preceptores e residentes conjuntamente; **5-** Necessidade de a preceptoria fazer diferenciação entre o estágio supervisionado realizado com o aluno de graduação e a preceptoria executada com o residente multiprofissional; **6-** Dificuldade de se desenvolver ações interdisciplinares; **7-** Necessidade de se estabelecer debate sobre a preceptoria na saúde mental, tendo em vista suas particularidades; **08-** Trabalhar em favor da sistematização dessa prática, publicação de relatos de experiências, de modo a se construir um acervo profissional na área (I Seminário Nacional Residência em Saúde e

Esses desafios, extraídos da vivência de cerca de 500 profissionais presentes ao evento, são como importantes mediações da prática cotidiana de assistentes sociais atuantes nos programas de RMS. Este elemento torna-se central para potencializar a defesa do projeto ético-político profissional, repensar o conteúdo e o formato do Projeto Político-Pedagógico da RMS e, ainda, contribuir para a consolidação do SUS orientado pelo Projeto da Reforma Sanitária.

Em 2017, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicizou o documento “Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão”, o qual se volta para o objetivo de sistematizar as informações e os debates ocorridos nas últimas décadas, envolvendo o Serviço Social e as residências em saúde, espaços de formação e de exercício profissional do (a) assistente social (CFESS, 2017: 07). Assim, a referida publicação se propõe a dar:

Concretude a um debate requerido pela categoria que trabalha na área da saúde, já que apresenta o histórico, os dados e as polêmicas no campo das residências em saúde, expressando os desafios postos na luta em defesa da seguridade social, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do trabalho e da formação profissional de qualidade (CFESS, 2017: 07)

A publicação está fundamentada nos pressupostos dos projetos de Reforma Sanitária e Ético-político profissional, com ênfase na busca por maior qualidade ao atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde do país. Fazendo, ainda, alusão ao fortalecimento do trabalho, bem como da formação profissional dos (as) assistentes sociais preceptores, tutores e residentes, envolvidos com o trabalho em e na saúde, nos termos da publicação CFESS (2017).

Com esta perspectiva e, também, por considerar a complexidade do contexto atual, onde se inserem o Serviço Social e as residências multiprofissionais em saúde, a publicação elenca alguns dos principais desafios presentes no contexto da formação em saúde na modalidade de residências.

Para tal, o documento enfatiza a compreensão de que a referida agenda deve ser pautada pelos coletivos das entidades representativas das profissões da saúde, pelas instâncias de controle social, coletivos de residentes, preceptores e tutores, bem como das instâncias governamentais em especial a

CNRMS (CFESS, 2017: 47). Com base nesta direção a agenda foi composta pelos seguintes desafios, a saber:

1- As Câmaras Técnicas da Residência precisam ser instituídas com pauta e cronograma definidos. Para sua real instituição é necessário que haja incidência por parte do coletivo de entidades representativas da saúde junto à CNRMS; 2- É necessário que se invista numa política de formação permanente e condições de trabalho para tutoria e preceptoria; 3- Ainda que os programas sejam desenvolvidos desde a década de 1970 e seu marco normativo date de 2005, a avaliação dos programas não está implementada, demandando incidência junto às instâncias normativas para tanto; 4- Por envolver todas as categorias profissionais é necessário investir no debate coletivo entre as entidades representativas das profissões, bem como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e no Conselho Nacional de Saúde acerca dos desafios e da importância da formação em saúde; 5- A CNRMS para se constituir como um espaço legítimo de representação precisa construir formas para inserir representantes indicados diretamente pelos Fóruns de residentes, preceptores e tutores; 6- É necessário instituir uma política de fixação dos profissionais egressos dos programas de residência no sistema público de saúde cumprindo efetivamente com sua proposta; 7- Os programas de residência devem contemplar a abordagem acerca da política de saúde pública, estatal, universal e de qualidade (CFESS, 2017: 47-48).

A RMS reúne potência para favorecer a mudança de cultura do trabalho coletivo em saúde, convergente, então, com a proposta do SUS instituído, numa disputa interna desigual que vincule os residentes em espaços de controle democrático da política social, particularmente, a da educação e a da saúde. Contudo, ainda se identifica, nesse fenômeno, elementos que requisitam análise e reflexão para o seu desenvolvimento, uma vez que impactam decisivamente no trabalho realizado pela preceptoria dos programas de RMS.

Em meio aos desafios, incertezas e retrocessos no âmbito da convergência entre políticas sociais de educação no Ensino Superior e de saúde em período de ofensiva neoliberal, é possível se afirmar que ambas as políticas foram alvo dos ataques da política macroeconômica.

A formação desenvolvida na RMS abre, para os atores envolvidos, um grande e profícuo leque de conhecimentos e, portanto, possibilidades de crescimento profissional e pessoal, porém, em cenário com importantes perdas para o trabalho, para os direitos sociais e para implementar uma educação permanente para um SUS universalista, de qualidade e igualitário.

Diante, então, de uma requisição constitucional advinda das lutas dos trabalhadores e de um contexto desfavorável para a formação em saúde, como pode ser apreendido o trabalho da preceptoria dos programas de RMS? Que impactos essa ofensiva brutal do capital está produzindo nos espaços sócio-ocupacionais das unidades de saúde onde se encontra o trabalho da preceptoria do Serviço Social nas RMS? Como anunciado antes, essas questões se tornaram norteadoras desse artigo.

III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contrarreforma do Estado, possivelmente, se constitua como uma determinação central para o processo de desestruturação da política de RMS, que parece dar contornos de um trabalho flexibilizado e polivalente realizado na preceptoria.

Os Ministérios da Educação e da Saúde vêm conduzindo a implementação dos programas sem uma concepção explícita teórica e metodológica para orientar os projetos político-pedagógicos, onde as preceptorias de núcleo em Serviço Social atuam. Há uma produção normativa e legal, voltando-se única e exclusivamente para a expansão dos programas de residência multiprofissional, podendo-se identificar, atualmente, o quantitativo de 1.591 programas cadastrados, a partir do ano de 2010, sem a adoção de medidas voltadas para a redução de problemas nos hospitais de ensino, tais como o déficit crônico de recursos humanos.

Nesse contexto, cabe problematizar o trabalho atualmente desenvolvido pelos assistentes sociais na preceptoria de núcleo dessa política de formação.

Elementos da observação participante têm sido revelador de que absolutamente a preceptoria de núcleo não se constitui como uma réplica da supervisão de campo. Não se identifica nas atribuições do supervisor de campo, a orientação de trabalhos de conclusão de curso de graduação, como por exemplo. Mas para o exercício profissional do preceptor de núcleo existe a prescrição de orientar trabalhos de conclusão da residência (TCR). Ou seja, o preceptor de núcleo tem competências, as quais não estão previstas para o supervisor de campo. São competências distintas e reconhecidas na legislação da RMS.

Neste sentido, como o preceptor de núcleo do Serviço Social poderá desenvolver as atribuições que envolvem o trabalho profissional na residência multiprofissional, simultaneamente, às inúmeras atribuições demandadas no âmbito do espaço sócio-ocupacional? Que fenômeno é esse que está em curso nas residências multiprofissionais, prevista nas resoluções, a definição do trabalho profissional do preceptor? Essa concepção normativa e legal poderá estar associada com o processo de flexibilização do mundo do trabalho. A nossa hipótese para futuras pesquisas é de que a preceptoria de núcleo sofreria com a requisição da polivalência no mundo do trabalho, subtraindo atribuições privativas do trabalho docente e as combinando com extensa competência profissional partilhada com outros agentes institucionais e outras áreas profissionais.

Embora esteja prevista a participação do docente, como por exemplo, nas atividades de ensino dos programas, nos parece haver uma requisição de que o preceptor possa assumir orientações de monografia e, inclusive, ministrar disciplinas.

Deste modo, é possível concluir que esse profissional se constitui como um conector do residente multiprofissional que envolve o solo concreto e cotidiano da intervenção no trabalho coletivo em saúde, com requisições junto à formação, por também assumir parte do trabalho da docência, ao mesmo tempo em que na estrutura organizacional dos RMS, as coordenações desses programas tendem a ser liderados por tutores, que podem ser docentes ou técnicos vinculados à universidade com titulação mínima no grau de mestre, com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos, conforme expressa a Resolução Nº 02 de 13/04/2012.

Neste sentido, é possível se observar aspectos híbridos no desenvolvimento do trabalho do preceptor de núcleo, uma vez que não se trata de um supervisor de campo, nem um supervisor acadêmico, parecendo-nos se constituir como outra ação do trabalho profissional, frente às características de polivalência que o conforma.

Dessa forma, essa modalidade de formação tem-se constituído como estratégia potencializadora da mudança do modelo assistencial. Por estar

inserida diretamente na rede de serviços e ser desenvolvida tendo como foco de ensino o trabalho em saúde, conforme Closs, 2012.

Esse é um ponto polêmico no debate do Serviço Social, já que a atenção ao conhecimento procedimental, apesar de ser concebido articulado ao conhecimento das dimensões da prática profissional teórico-metodológica e ético-política, parece-nos ainda ser visto com suspeita para a reprodução do pragmatismo, da imediaticidade e do conservadorismo no exercício profissional orientados pela razão instrumental. No entanto, a RMS parece repor esse debate para o Serviço Social num espaço sócio-ocupacional, onde a dimensão técnico-operativa com todos os seus componentes – conhecimento procedimental, os instrumentos, as técnicas, as estratégias e táticas (SANTOS, 2013) – fazem a profissão aparecer concretamente na divisão sócio-técnica do trabalho e, principalmente, pode definir trajetórias de acesso aos direitos sociais e humanos.

A tensão que deriva da proposta da formação em serviço da RIMS amplia-se quando se observa a crítica às requisições de educação permanente voltadas para o mercado de trabalho problematizadas na Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS (2012). No entanto, como formar para o trabalho coletivo em saúde sem também estar no cotidiano dos serviços? Como contribuir para a produção de saúde sem a tensão dos projetos de saúde em disputa? Parece ser no meio dessa contradição, que se manifesta como conteúdo a ser mediado, que o trabalho profissional da preceptoria se desenvolve no âmbito dos projetos político-pedagógicos da RIMS a partir do sentido ético-político definido para a formação em saúde e para o Serviço Social.

O conjunto de elementos apontados acima pode ser analisado sobre os desafios da formação em saúde, quando se aposta no trabalho coletivo, não só como multiprofissionalidade no cotidiano, mas como trabalho ontológico. De outro lado, também chama atenção à urgência dada ao “aparato tecnoperativo e instrumentalidade” no Serviço Social, quando inserido numa especialização voltada ao trabalho em saúde. Mais uma vez, a proximidade da formação com o exercício profissional evoca conhecimentos das diversas dimensões da prática profissional, que devem ser reconhecidas como uma unidade no

diverso, já que cada dimensão possui autonomia relativa às outras. Porém, indica a relevância de se investir na dimensão técnico-operativa, já que a síntese de conhecimentos que ela contém se torna o material partilhado no trabalho coletivo.

Esse é o quadro no qual se circunscreve a problematização sobre o trabalho profissional da preceptoria do Serviço Social na Residência Multiprofissional, a qual mesmo amparada pelos aspectos jurídicos e político-pedagógicos do SUS e do MEC, somente na conjuntura atual teve assegurado o estatuto de política, reunindo um conjunto de normatizações específicas, adquiridas através de processos de mobilização e de disputa.

REFERÊNCIAS

ABEPSS-CFESS. **Grupo de trabalho sobre preceptoria na RMS. 15º CBAS.** Centro de Convenções de Olinda. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2016.

ARIANO, S. **O Processo de Bolonha: O que é isso? Para quem é isso?** 2009. Disponível em: <<https://universidadeparaquem.wordpress.com/2009/07/02/o-processo-de-bolonha-o-que-e-isso-para-quem-e-isso/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Anual 2017.** Brasília, 2017. Disponível em: <<http://int.search.myway.com>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BEHRING, E. R. Política Social no Contexto da Crise Capitalista. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, 2009. p. 301-321.

_____. **Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. **Resolução 02 de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Perguntas e Respostas sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH.** Brasília. 2012. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação Em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Volume 9. Brasília. 2009.

BRAVO, M. I. S. Terceirização da Saúde. **Sala Debate – Canal Futura**. Publicado em 14 de janeiro de 2016. Disponível em: [youtub.com](http://www.youtube.com). Acesso em: março de 2016.

_____. **Construção de um programa unificado de luta para a democracia e a saúde pública do país**. Apresentação: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CLOSS, T. T. et al. **Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde no Rio Grande do Sul**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 13, 2012, Juiz de Fora. Anais... Juiz de Fora, 2012. Trabalho Apresentado.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Brasília, 2017.
CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Política de Educação Permanente**. Conjunto CFESS-CRESS. Brasília. 2012.

FAJARDO, A.P; CECCIM, R. B. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re) construir as instituições-escola na saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.

_____. **Lei 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis 10.683, de 28 de maio de 2003, e a 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

MACHADO, C. V; LIMA, L. D. de; LEVCOVITZ, E. **Política de Saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas**. 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php. Acesso em: outubro de 2015.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. Editora Cortez. 2013.

NETTO, J. P. **Conservadorismo e luta social na universidade brasileira**. Palestra no Térreo do Valadão. UFPA, 2015,

_____. Desigualdade, Pobreza e Serviço Social. **Revista em Pauta**, n. 19. FSS/UERJ, Rio de Janeiro. 2007.

OLIVEIRA, V. D. de. **Projetos Político-Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde**. Dissertação (Mestrado) – UFRJ, Rio de Janeiro, 2017.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Políticas Sociais na Crise do Capitalismo**. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104. out./dez. 2010.

SANTOS, C. M. dos. **Na Prática a Teoria é Outra?** Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2011.

SILVA, J. B; GRAVINA, J. L. S. **A Política de Educação Superior Brasileira em Tempos de Reestruturação Capitalista.** In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14, 2014, Juiz de Fora. Anais... Juiz de Fora, 2014.