



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Fernanda Maia Gurjão

**Residência Multiprofissional em Transplante: a construção de um projeto
de Serviço Social**

Rio de Janeiro

2021

Fernanda Maia Gurjão

Residência Multiprofissional em Transplante: a construção de um projeto de Serviço Social



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

G979 Gurjão, Fernanda Maia.
Residência Multiprofissional em Transplante: a construção de um projeto de Serviço Social / Fernanda Maia Gurjão. – 2021.
181 f.

Orientador: Maurílio Castro de Matos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Serviço social – Teses. 2. Assistência à saúde – Teses. 3. Formação profissional – Teses. 4. Assistentes sociais – Teses. I. Matos, Maurílio Castro de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 36:614

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fernanda Maia Gurjão

Residência Multiprofissional em Transplante: a construção de um projeto de Serviço Social

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 04 de outubro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos (Orientador)

Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Souza Bravo

Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Marina Monteiro de Castro e Castro

Universidade Federal de Juiz de Fora

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça (Cora Coralina).

Não sei exatamente se a força para concluir esse estudo, em meio ao caos de uma pandemia, vem de dentro ou se me é externa. O que importa considerar é que foi graças a ela, somada aos sujeitos que de diferentes formas deram sua contribuição, que isso foi possível.

Considerando o momento em que vivemos, sou grata porque a nenhum desses sujeitos faço referência como uma homenagem póstuma, seguindo-se aos seus nomes o termo *in memoriam*. Estão vivos e, mais que isso, são conscientes da relevância de um sistema da magnitude do SUS.

Agradeço a minha mãe Joandra e ao meu pai Fernando, não só por exercerem esses papéis de forma dedicada, pelo suporte afetivo, psicológico e muitas vezes financeiro, mas também porque através de minha mãe tenho o exemplo do que é ser uma profissional de saúde dedicada à qualidade do seu serviço como auxiliar de enfermagem do SUS; com meu pai aprendi desde criança o significado de ser militante, ao acompanhar o seu empenho na luta contra a privatização do Banco Estadual do Ceará. Foi segurando a mão dele que entrei pela primeira vez na sede de um sindicato, ainda sem entender bem o que estava acontecendo.

Ao Claudio, por ser escuta, por ser fala precisa e acolhimento. Por ser com quem tenho compartilhado o aprendizado diário sobre o que significa fugir da comodidade das relações líquidas.

À Renata, amiga, psicóloga do SUS e com quem partilhei duas experiências profissionais importantes. A primeira na cidade de Cruz-CE e a segunda como residente na atenção em transplante entre os anos de 2014 e 2016. A construção dessa dissertação exigiu que em muitos momentos eu revisitasse a nossa vivência e as reflexões sobre isso nos rendeu um arquivo enorme de áudios de *Whatsapp*, que estão mais para *podcast's* de tão longos. Da mesma forma foi com Fátima, amiga e assistente social que foi minha preceptora na residência.

Às assistentes sociais do Hospital Universitário Walter Cantídio e às residentes de Serviço Social com as quais convivi, Mariana Reis, Mariana Saraiva e Heveline. Com essas aprendi e construí reflexões importantes sobre o exercício da profissão e sobre a residência. Sou grata também ao empenho de Liana e Socorro, ambas secretárias do Serviço Social no referido

hospital, pelo esforço em contribuir para tornar mais fácil um trabalho tão complexo que é a intervenção nas expressões da questão social.

Às companheiras de moradia no Rio de Janeiro, “meninas da república Maracanã”, com as quais me diverti muito, mas também fiz longos desabafos sobre essa pesquisa, sobre a vida em geral e pelo suporte nos momentos de prazos apertados. Em especial, Lianna, Laryssa e Gilsa.

Aos colegas da turma 2019.1, do mestrado em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com os quais as trocas em sala de aula e em outros espaços proporcionaram um salto qualitativo em minha formação. Em especial, Patrícia, Juliana, Michelle, Jailson, Marenilse e Lenilse.

À funcionária Rosângela, do PPGSS, pela atenção prestada sempre que precisei do seu suporte, sobretudo em um momento específico, quando já estava quase fazendo as malas para voltar para Fortaleza.

Aos professores do PPGSS com os quais convivi em sala de aula, pela presteza em tirar dúvidas, pelas reflexões suscitadas, pela inspiração como profissionais que lutam por uma formação direcionada pelo projeto ético-político da profissão. Em especial, aos professores Ney Luiz Teixeira, Ana Inês Simões, Ana Vasconcelos, Valéria Lucília Forti e Renato Veloso.

Agradeço às professoras convidadas para a banca dessa dissertação, Maria Inês Souza Bravo e Marina Monteiro de Castro e Castro, pelo aceite do convite, pela dedicação com que analisaram a proposta dessa pesquisa e teceram suas contribuições. Muito obrigada pela honra de tê-las como avaliadoras dessa construção.

Ao orientador dessa pesquisa, Professor Maurílio Castro de Matos, pelas contribuições a partir da sua vivência no SUS, pelas indicações bibliográficas que foram fundamentais para que esse texto tomasse a forma que tomou e por tornar mais leve a experiência dessa construção.

Por último, manifesto o meu agradecimento à Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), não só pelo suporte material fornecido até momento, que foi fundamental para a permanência no mestrado, mas também por compreender o ano atípico que foi o de 2020 e que tem sido o de 2021. A prorrogação das bolsas e dos prazos de entrega do relatório final foi fundamental para a qualidade dessa pesquisa.

Reitero os meus votos de estima e consideração a todos.

RESUMO

GURJÃO, F. M. **Residência Multiprofissional em Transplante:** a construção de um projeto de Serviço Social. 2021. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A proposta do estudo em tela teve por objetivo identificar as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, da Universidade Federal do Ceará (RESMULTI-UFC), para a organização do trabalho do Serviço Social nas unidades de transplante renal, hepático e medula óssea, do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC-UFC), entre os anos de 2011 e 2019. A pesquisa configurou-se por uma análise do conteúdo sistematizado por assistentes sociais que nesse marco temporal estavam vinculadas à RESMULTI-UFC, na condição de residentes, preceptoras e tutora, e integravam os processos de trabalho coletivos das referidas unidades de transplante. Também foi subsidiada por observações registradas em diário de campo, quando na experiência como residente entre os anos de 2014 e 2016, e por análise documental. Por objetivos específicos, buscou-se analisar como as expressões da contrarreforma do Estado perpassam os processos de trabalho coletivos no HUWC e nele a RESMULTI-UFC, bem como as suas potencialidades direcionadas ao fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária; identificar as necessidades em saúde que se apresentam como demandas do transplante e respostas construídas pelas assistentes sociais; identificar como as sistematizações têm contribuído para “realimentar” a prática no cotidiano do trabalho na instituição e se essas evidenciam que a RESMULTI-UFC tem contribuído para a transformação da cultura centralizada na valorização do saber médico. Embora com a impossibilidade de ir a campo, por decorrência da pandemia da *COVID 19*, através da análise de conteúdo foi possível apreender elementos significativos para responder as hipóteses de que a RESMULTI-UFC, objetivamente, se materializa como um campo significativo para refletir a realidade e fortalecer o projeto contra-hegemônico, que busca transformação de práticas na saúde, mas sofre diretamente os efeitos do contexto de desmonte do SUS e da precarização das relações de trabalho; as sistematizações do Serviço Social no contexto da RESMULTI-UFC trouxeram subsídios significativos para refletir as expressões da questão social no contexto do transplante e têm contribuído para a constante “realimentação” do trabalho nessas unidades e, no que diz respeito ao campo empírico das sistematizações, tem-se que a conformação de equipes multiprofissionais na saúde e a inserção do Serviço Social nessas tem potencial para que se apreenda o “processo de transplante” e não somente o “procedimento”, mas para isso é necessário construir ações direcionadas à ruptura com a cultura hospitalar centralizada do saber médico. O que se buscou demonstrar foi o movimento realizado pelas assistentes sociais em torno de determinados objetos de pesquisa, através dos quais construíram as reflexões e a contribuição para o trabalho profissional. Estas foram permitidas pelo espaço sociocupacional do transplante do HUWC, mediado pelas ações, finalidades e condições em que a RESMULTI-UFC se estabeleceu.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde. Serviço Social. Processos de Trabalho. Atenção em Transplante.

ABSTRACT

GURJÃO, F.M. **Multiprofessional Residency in Transplantation:** the construction of a Social Work project. 2021. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The purpose of the present study was to identify the contributions of the Integrated Multiprofessional Residency in Hospital Health Care, at the Federal University of Ceará (RESMULTI-UFC), for the organization of Social Work work in kidney, liver and bone marrow transplant units. bone, from the Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC-UFC), between the years 2011 and 2019. The research was configured by an analysis of the content systematized by social workers who in this timeframe were linked to RESMULTI-UFC, in condition of residents, tutors and tutor, and integrated the collective work processes of the referred transplant units. It was also subsidized by observations recorded in a field diary, when in the experience as a resident between the years 2014 and 2016, and by documentary analysis. For specific objectives, we sought to analyze with the expressions of the State's counter-reform the collective work processes in HUWC and in it RESMULTI-UFC, as well as its potentialities aimed at strengthening the Sanitary Reform Project; identify health needs that present themselves as transplant demands and responses constructed by social workers; to identify how the systematizations have contributed to “feed back” the practice in the daily work of the institution and if they show that RESMULTI-UFC has contributed to the transformation of the culture centered on the valorization of medical knowledge. Although with the impossibility of going to the field, due to the pandemic of COVID 19, through the content analysis it was possible to apprehend significant elements to answer the hypotheses that RESMULTI-UFC, objectively, materializes as a significant field to reflect the reality and to strengthen the counter-hegemonic project, which seeks to transform health practices, but directly suffers the effects of the dismantling context of SUS and the precariousness of labor relations; the systematizations of Social Work in the context of RESMULTI-UFC brought significant subsidies to reflect the expressions of the social issue in the context of transplantation and have contributed to the constant “feedback” of the work in these units and, with regard to the empirical field of systematizations, it has to be said that the formation of multiprofessional teams in health and the insertion of Social Services in these has the potential to apprehend the “transplantation process” and not just the “procedure;” but for that, it is necessary to build actions aimed at breaking with the centralized hospital culture of medical knowledge. What was sought to demonstrate was the movement made by social workers around certain objects of research, through which they built reflections and contribution to professional work. These were allowed by the socio-occupational space of the HUWC transplant, mediated by the actions, purposes and conditions in which RESMULTI-UFC was established.

Keywords: Multiprofessional Residency in Health. Social service. Work Processes. Attention in Transplantation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e Tecidos
- ANDIFES - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
- ANMR - Associação Nacional de Médicos Residentes
- APS – Atenção Primária em Saúde
- BM – Banco Mundial
- BPC - Benefício Prestação Continuada
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES - Centro Brasileiro de Estudos De Saúde
- CEPHRECE - Centro de Pesquisa em Doenças Hepato-Renais do Ceará
- CF1988 – Constituição Federal de 1988
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
- CIES - Comissões de Integração Ensino-Serviço
- CIRH - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
- CNDSS – Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
- CNRAC - Centro Nacional de Regulação da Alta Complexidade
- CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS -Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Saúde
- CSEM - Centro de Saúde da Escola Murialdo
- DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DEGES - Departamento de Gestão da Educação
- DPM - Departamentos de Medicina Preventiva

DRU – Desvinculação da Receita da União

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EFSFVS - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

ENARE – Exame Nacional de Residência

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESP - Escola de Saúde Pública

FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado

FUSEC – Fundação de Saúde do Estado do Ceará

FMI – Fundo Monetário Internacional

GAPO - Grupo de Apoio ao Paciente Onco-Hematológico

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

HU – Hospital Universitário

HUF- Hospital Universitário Federal

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IRC – Insuficiência Renal Crônica

ISGH – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MEC – Ministério da Educação

MRSB- Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

NDAE – Núcleo Docente Assistencial Estruturante

NUTEP- Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG´S - Organizações Não-Governamentais

OS - Organizações Sociais

OSCIPS - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PDRE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado

PIB - Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente

PNH – Política Nacional de Humanização

PNP – Política Nacional de Promoção da Saúde

PP – Projeto Pedagógico

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RBT- Registro Brasileiro de Transplantes

RJU - Regime Jurídico Único

RESMULTI-UFC – Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, da Universidade Federal do Ceará

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

RGPS - Regime Geral de Previdência Social

RMS – Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SINTUFCE - Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais no Estado do Ceará

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

SUS – Sistema Únicos de Saúde

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

TFD – Programa de Tratamento Fora de Domicílio

TMO – Transplante de Medula Óssea

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SESA – Secretaria da Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

URCA - Universidade Regional do Cariri

UVA - Universidade Estadual do Vale do Acaraú

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ENTRE A RACIONALIDADE INSTRUMENTAL E O PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA	26
1.1	Os processos de trabalho coletivos em saúde como locus de materialização da residência	28
1.2	Considerações sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	32
1.3	Os projetos de saúde em disputa no contexto brasileiro	34
1.4	Fundamentos históricos e a construção da proposta de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil	45
1.5	A formação do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde	58
2	O SERVIÇO SOCIAL NOS PROCESSOS DE TRABALHO COLETIVOS DO TRANSPLANTE	69
2.1	O Sistema Nacional de Transplantes e a sua operacionalização no Ceará	72
2.2	A configuração do processo de transplante em suas determinações	77
2.3	O Serviço Social nos processos de trabalho coletivos em saúde no Brasil	82
2.4	Subsídios para a análise do Serviço Social nos processos de trabalho coletivos do transplante	85
3	O SERVIÇO SOCIAL NA INTERFACE FORMAÇÃO E TRABALHO NO TRANSPLANTE	91
3.1	O chão histórico da pesquisa	92
3.2	O Projeto Pedagógico da RESMULTI-UFC na interface com a formação do Serviço Social	100
3.3	A proposta de formação para o Serviço Social na assistência em transplante	114
3.4	As expressões da questão social evidenciadas nas unidades de transplante do HUWC	126
3.5	O trabalho no transplante a partir dos conteúdos sistematizados pelo Serviço Social	142
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICE A - Conteúdo sistematizado pelas assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFC (2011-2019).....	176
	APÊNDICE B - Roteiro para análise dos conteúdos sistematizados e documentos.....	181

INTRODUÇÃO

A proposta da pesquisa em tela teve por objetivo identificar as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, da Universidade Federal do Ceará (RESMULTI-UFC), para a organização do trabalho do Serviço Social nas unidades de transplante renal, hepático e medula óssea (TMO), do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC-UFC), entre os anos de 2011 e 2019.¹

A pesquisa teve início a partir de uma análise exploratória dos conteúdos sistematizados por assistentes sociais que nesse marco temporal estavam vinculadas à RESMULTI-UFC, na condição de residentes, preceptoras e tutora, integrando os processos de trabalho coletivos das referidas unidades de transplante.²

Essa exploração inicial foi realizada com o intuito de obter mais subsídios para a formulação do problema e/ou hipóteses para que o produto final desse processo passasse a ser “um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados” (GIL, 2008, p. 27).

Essas sistematizações encontram-se em uma dissertação de mestrado de uma assistente social/preceptora; doze Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR's), sendo esses dez artigos científicos e dois ensaios monográficos, e uma produção de residentes, tutora e uma das preceptoras do Serviço Social destinada à publicação como capítulo de *e-book*, totalizando quatorze trabalhos acadêmicos.

Demarca-se, portanto, a partir do primeiro TCR (MEDEIROS, 2011) até os últimos que se teve acesso (SILVA, 2019; SANTOS, 2019).³ Dentre os TCR's, dois no formato de artigo foram publicados em revistas científicas, onde outras profissionais vinculadas à RESMULTI-UFC constam como coautoras. Optou-se por fazer as análises a partir dessas versões.

Dentre as três publicações mencionadas, registra-se a participação em Gurjão et. al (2018), que conforma o capítulo 14 do *e-book* “Políticas públicas no Brasil: exploração e diagnóstico” (volume 5) e a elaboração do TCR que foi publicado em 2018 na revista Serviço

¹No transcorrer do texto onde se lê RMS, refere-se aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. Onde lê-se RESMULTI-UFC, ao contexto particular do HUWC.

² Importa demarcar que até o momento o Serviço Social do HUWC foi constituído por mulheres, tanto no quadro funcional, como na condição de residentes. Contudo, as referências aos profissionais assistentes sociais, de outras categorias e ao usuário das políticas de forma genérica se dão no masculino pela ausência de termo oficial que supere a demarcação sexista e machista da linguagem, como identifica Barroco (2008, apud, Matos, 2017). Reitera-se que não se compactua com essa perspectiva, por isso cabe pontuar que nessas circunstâncias o uso da linguagem no masculino remete ao gênero humano, em consonância com Braz e Netto (2007).

³ Apêndice A: quadro com títulos, objetivos, natureza dos trabalhos, autoria e ano.

Social e Saúde (volume 17), em coautoria com a tutora e orientadora do trabalho e uma das preceptoras (GURJÃO, MAIA E CARVALHO, 2018). O TCR de Silva et. al (2018) foi publicado na revista O Público e o Privado (número 31).

Como evidência do que enfatiza Netto (2011), na sua introdução ao estudo do método em Marx, a escolha por um objeto de investigação aparece como questão para o sujeito pesquisador a partir do que vivencia em dada realidade e não por escolha prévia, na qual se estabelece um conjunto de regras que o sujeito escolhe “para ‘enquadrar’ o seu objeto de investigação.” (NETTO, 2011, p. 52).

É própria à condição humana a opção por trilhar determinados caminhos e, no momento dessas escolhas, ter em mente as finalidades para com essas. Porém, é no movimento da realidade concreta, no curso da caminhada que se mostram o que dessas finalidades correspondem às expectativas e o que se apresenta como questão sobre a qual se pretende refletir, tendo por horizonte a sua superação.

A escolha por ingressar como assistente social residente nas unidades de transplante do HUWC-UFC no ano de 2014 foi motivada por ter tido o interesse em atuar na área da saúde despertado desde a graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Somado a isso, ter tomado conhecimento do que era a proposta da RMS: a de “contribuir para a qualificação da formação de trabalhadores da saúde” e que “guarda a particularidade de tratar diretamente da relação entre trabalho e formação profissional para o SUS” (SILVA E CASTRO, 2020, p. 18).

Vislumbrou-se, portanto, a oportunidade de ingressar em um processo de formação diferenciado, estabelecido na experiência concreta das práticas desenvolvidas no trabalho em saúde, onde a interlocução com profissionais da própria e de outras categorias teria o potencial de se realizar numa perspectiva de qualificar o residente a ser um profissional com amplo conhecimento teórico-prático para atender às necessidades em saúde da população usuária do SUS. Ao mesmo tempo, se colocar como propositivo nesse processo, com vistas à melhoria dos serviços prestados à população.

Cabe pontuar que a recorrente colocação de expressões como “práticas que se realizam nos processos de trabalho” ou “práticas relativas aos processos de trabalho coletivo em saúde,” se dá pela compreensão de que todo processo de trabalho encerra uma atividade prática, quer ele se realize ou não na relação homem-natureza.

Assim, em confluência com Silva e Castro (2020, p. 35), o que se denomina por “práticas em saúde” refere-se ao emprego intencional de saberes, meios, técnicas e tecnologias

para a promoção e resolução de problemas dessa natureza. As práticas referem-se, portanto, aos meios para o atendimento às necessidades de saúde, como uma “expressão do trabalho”.

Ainda que já ciente das sessentas horas semanais,⁴ incluindo plantões em alguns dias dos finais de semana/mês e do “ponto digital,” visando a comprovação de que durante aquelas horas do dia estaria inteiramente disponível para atividades requisitadas para a obtenção do título de especialista na modalidade de RMS, a ideia de vivenciar na dinâmica institucional aulas com conteúdos que refletissem a realidade concreta do trabalho em saúde, atividades interdisciplinares e intersetorias, intra e extra hospitalares, com supervisão em campo, foi decisiva ao entendimento de que essa experiência, embora previamente já se mostrasse no mínimo cansativa, poderia significar um salto qualitativo na construção enquanto profissional de Serviço Social apta a atuar no SUS e alçar melhores ocupações no mercado de trabalho.

Ao fazer uma avaliação pessoal do que foram os anos como residente (2014-2016) e ao analisar a trajetória do Serviço Social no contexto do transplante do HUWC, através das reflexões sistematizadas, observando o que essa categoria construiu em termos de planejamento e organização das ações, seu amadurecimento teórico-interventivo, fundamentado nas necessidades dos usuários que se apresentam como demandas no cotidiano das unidades de transplante, concluiu-se que essa ideia não foi inteiramente refutada.

Contudo, embora a RMS tenham em si a sua potencialidade, de ser uma proposta de pós-graduação *lato sensu* que configura “um dos elementos disparadores da Política de Educação Permanente” (KUSS E LEWGOY, 2019) e de “sintonizar formação e trabalho, bem como situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador da qualificação de profissionais da saúde” (SILVA E CASTRO, 2020), não se desenvolve alheia às tensões político-econômicas e histórico-culturais que estruturam a sociedade brasileira.

Já nos primeiros meses da experiência como residente foi perceptível o quanto a proposta da RESMULTI-UFC está situada na arena de conflitos que é a defesa de um programa de formação que visa à atenção integral e à qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS e para o SUS, em detrimento dos desdobramentos da denominada contrarreforma do Estado para a Política de Saúde.

⁴ A RMS, conforme a Resolução MEC nº 2, de 04 de maio de 2010 possui regime de dedicação exclusiva e a exigência do cumprimento de carga horária de sessenta horas semanais, que deve ser subdividida de modo que contemple o ensino, a pesquisa e atividades de extensão e nos serviços, sob supervisão de docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com duração mínima de dois anos, totalizando cinco mil setecentas e sessentas horas.

Concernente ao significado da denominada “contrarreforma” do Estado, Coutinho (2012) apresenta essa como a forma mais adequada para a compreensão de muitos fenômenos da época neoliberal e não através do conceito de “revolução passiva,” ao qual Gramsci atribui ser uma reação conservadora perante a possibilidade de uma transformação efetiva e radical (restauração), bem como a concessão de algumas demandas populares, impondo um novo comportamento às classes dominantes, mas sem alterar as bases que constituem essa dominação (renovação).

Na saúde, a contrarreforma tem se realizado, sobretudo, através “desfinanciamento” do SUS, das mudanças no modelo de gestão das instituições e serviços e da flexibilização dos contratos e superexploração do trabalho, nos moldes do processo de reestruturação na esfera produtiva.

Cabe ressaltar que a contrarreforma é endossada por uma perspectiva de educação ainda impregnada pelo modelo biomédico, que ao longo da história mostrou-se como substancial à reprodução das necessidades de acumulação do capital, em detrimento do atendimento às necessidades dos usuários.

Essas observações no cotidiano e a análise exploratória inicial instigaram a obtenção de respostas para as seguintes hipóteses: 01) a RESMULTI-UFC, objetivamente, se materializa como um campo significativo para refletir a realidade e fortalecer o projeto contra-hegemônico, que busca transformação de práticas na saúde, mas sofre diretamente os efeitos do contexto de desmonte do SUS e da precarização das relações de trabalho; 02) as sistematizações do Serviço Social no contexto da RESMULTI-UFC trouxeram subsídios significativos para refletir as expressões da questão social no contexto do transplante e têm contribuído para a constante “realimentação” do trabalho nessas unidades; ⁵ 03) no que diz respeito ao campo empírico das sistematizações, tem-se que a conformação de equipes multiprofissionais na saúde e a inserção do Serviço Social nessas tem potencial para que se apreenda o “processo de transplante” e não somente o “procedimento;” mas para isso é necessário construir ações direcionadas à ruptura com a cultura hospitalar centralizada do saber médico.

⁵ Apreende-se a questão social como necessariamente situada entre distintos projetos e interesses de classes em torno de propostas de condução das políticas econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2001, P. 10). Os fenômenos que a expressam (pobreza, desemprego, trabalhos precários, privação do acesso aos bens e serviços, etc.) são indissociáveis do que discorre Marx (2017) sobre o que é inerente à lei geral de acumulação capitalista, cuja “acumulação de riqueza num pólo é, ao mesmo tempo, a acumulação de miséria, o suplício do trabalho [...] e a degradação moral no pólo oposto, isto é, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital” (idem, p. 877). Relaciona-se, portanto, com a forma particular de exploração do trabalho nesse modo de produção, bem como aos conflitos dela decorrentes.

O processo de transplante compreende não só os procedimentos de remoção do órgão de um doador e a cirurgia e internação de um sujeito receptor. Refere-se ao acompanhamento pela equipe multiprofissional, incluindo os atendimentos ambulatoriais e a realização de exames requisitados para que o usuário entre na lista ou sua posição seja redefinida, em termos de prioridade; a fase em que já está inscrito na lista, a cirurgia e internação, como mencionado, e o pós-transplante, quando o sujeito permanece em acompanhamento ambulatorial, realiza exames periódicos e faz uso contínuo de imunossuppressores ⁶ e outros medicamentos ou tratamentos, se prescritos, de acordo o quadro clínico específico.

A apreensão do transplante como um processo e não de forma restrita ao procedimento elucidada, também, que as condições socioeconômicas, sanitárias e culturais em que vivem os sujeitos e a expressiva ausência de diagnósticos precoce evidenciam a persistência de um modelo de atenção curativista e fragmentando. A não prioridade à prevenção e à promoção da saúde contribui para a incidência de doenças crônicas que poderiam ser evitadas e para o aumento da demanda por tratamentos de alta complexidade e custo.

Da formulação dessas hipóteses foram construídos os objetivos específicos de analisar como as expressões da contrarreforma do Estado perpassam os processos de trabalho coletivos no HUWC e nele a RESMULTI-UFC, bem como as suas potencialidades direcionadas ao fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária; identificar as necessidades em saúde que se apresentam como demandas do transplante e respostas construídas pelas assistentes sociais; identificar como as sistematizações têm contribuído para “realimentar” a prática no cotidiano do trabalho na instituição e se essas evidenciam que a RESMULTI-UFC tem contribuído para a transformação da cultura centralizada na valorização do saber médico.

Na etapa exploratória da pesquisa foram feitos resumos das ideias expostas pelas profissionais. Seguiu-se com a elaboração de um conjunto de questões e busca por identificar as respostas para os questionamentos levantados.⁷ Dessa etapa inicial, definiu-se como principal procedimento metodológico a análise de conteúdo, a qual se somou a releitura dos registros em diário de campo entre 2014 e 2016, período da experiência como residente na instituição.

Para a contextualização do campo sobre o qual as assistentes sociais produziram as suas reflexões, também recorreu-se à análise de documentos como o Plano Diretor Estratégico para

⁶ Os imunossuppressores são usados para suprimir a rejeição em receptores de transplantes, tendo em vista que é uma defesa do sistema imunológico rejeitar o que é estranho, ainda que o órgão do doador apresente características compatíveis com as necessidades do receptor. Esses medicamentos são prescritos também para o tratamento de uma variedade de doenças inflamatórias e imunopatias. PEREIRA, J.G. Imunossuppressores. Disponível em: < <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/3047/imunossuppressores.htm> >. Acesso em: 10 mar. 2021.

⁷ Apêndice B.

o HUWC (2018-2019); ao Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO); aos dados referentes à organização e realização de transplantes no Ceará, fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e aos textos do Projeto Pedagógico e do Regimento Interno da RESMULTI-UFC.

A análise de conteúdo, segundo Franco (2005), tem por ponto de partida a mensagem, que pode ser “uma palavra, um texto, um enunciado ou até mesmo discurso”, mas que estão diretamente vinculadas às condições contextuais de seus produtores. Tem por pressupostos não passar informações puramente descritivas do que foi analisado, mas com referencial teórico e relacionando-as às situações concretas, expressas no momento histórico-social em que estão situadas.

Estava prevista a ida ao HUWC no período de abril a julho de 2020, com o intuito de potencializar a apreensão dos temas presentes nas sistematizações a partir da observação do cotidiano institucional. No entanto, dada a situação de pandemia mundial por decorrência da *COVID* 19, que impôs a necessidade de isolamento social, sobretudo a sujeitos imunossuprimidos, tornou-se inviável estar presente em unidades de transplante.

Prorrogou-se o prazo para a ida ao HUWC até o início de 2021, sempre de forma atenta às informações das autoridades de saúde sobre o monitoramento da situação no Brasil, especialmente no Ceará, mas, diante da gravidade, com as novas variantes do vírus e aumento dos índices de contaminação, descartou-se essa possibilidade.⁸

A análise dos conteúdos foi realizada com a reiterada leitura das sistematizações, dos resumos e respostas aos questionamentos elaborados, bem como com a recorrência às principais referências utilizadas pelas autoras, mas também a outras consideradas pertinentes ao subsídio das reflexões.

No conteúdo analisado foi possível identificar reflexões significativas relacionadas às condições objetivas em que os processos de trabalho coletivos nas unidades de transplante se desenvolvem e as respostas profissionais construídas no contexto desse trabalho.

Nesse “confronto” entre condições objetivas e “posições teleológicas” reside a instrumentalidade do trabalho na sua dimensão ontológica. O que remete às qualidades, capacidades e propriedades adquiridas no processo histórico. Remete também para o Serviço Social à capacidade de os sujeitos da ação profissional, diante das condições objetivas,

⁸ REDAÇÃO. Ceará tem 126 cidades com transmissão “alta” ou “altíssima” do coronavírus, veja lista dos municípios. Diário do Nordeste. Verdes Mares. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/ceara-tem-126-cidades-com-transmissao-alta-ou-altissima-do-coronavirus-veja-lista-de-municipios-1.3039540>>. Acesso em 29 jan. 2021.

mobilizar as três dimensões da profissão: além da técnico-operativa, a teórico-metodológica e a ético-política (GUERRA, 2000, p. 05).

No conjunto dessas sistematizações há tanto as que se propuseram a refletir as expressões da questão social, que têm por cerne as necessidades em saúde dos usuários no contexto do transplante e fundamentam a intervenção do Serviço Social (sete dentre as quatorze), bem como o conjunto das atividades desenvolvidas pelas profissionais e os instrumentos/meios para a realização do trabalho (oito); o desafio de efetivação da intersectorialidade entre as políticas da seguridade social no atendimento a esses usuários (uma) e o projeto pedagógico da RESMULTI-UFC, com vistas a compreendê-la na sua contribuição para a formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade (uma dentre as quatorze).

O TCR de Adeodato (2018) apresenta tanto um panorama das expressões da questão social nesse contexto, como reflete o conteúdo da ficha social, que é o instrumento utilizado nas entrevistas realizadas pelo Serviço Social. Por isso, alguns pontos desse foram referenciados tanto ao discorrer-se sobre as expressões da questão social no transplante, como sobre o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais.

Da mesma forma, a dissertação de Rolim (2015) apresentou subsídios para as reflexões sobre a inserção e formação do Serviço Social na atenção em transplante, através da RESMULTI-UFC, bem como relacionados às práticas desenvolvidas pelas assistentes sociais no trabalho em equipe.

Foram identificados, portanto, dois eixos que subsidiaram as reflexões sobre o Serviço Social na interface formação e trabalho no transplante do HUWC. Esses se relacionam aos elementos constitutivos do trabalho profissional e, em menor ou maior proporção, perpassam todas as sistematizações. Tem-se o eixo 01, “A RMS entre a racionalidade instrumental e o Projeto de Reforma Sanitária nos processos de trabalho coletivos em saúde” e o eixo 02, “O Serviço Social nos processos de trabalho coletivos do transplante”.

A RMS enquanto espaço formativo e interdisciplinar foi refletida por Rolim (2015), com base na sua experiência como preceptora do Serviço Social na atenção em transplante. O primeiro TCR (MEDEIROS, 2011) apresentou um panorama geral das expressões da questão social mais evidenciadas no contexto do transplante. O que também, como mencionado, foi desenvolvido por Adeodato (2018).

Dentre as temáticas relacionadas às expressões da questão social, tem-se a questão de gênero no cuidado em saúde (SILVA ET. AL., 2018); o racismo no contexto do atendimento à saúde (SILVA, 2019); o retorno dos sujeitos ao trabalho no pós-transplante (SANTOS, 2019)

e a realidade dos sujeitos atendidos pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio (GURJÃO, MAIA E CARVALHO, 2018; SILVA, 2018).

As sistematizações das ações e relatos de experiência como residentes do Serviço Social no transplante foram realizadas por Viana (2015) e Monteiro (2015). Gurjão et al. (2018) fizeram um relato de experiência que teve por eixo temático a intersetorialidade, considerando “o diálogo necessário entre as políticas de seguridade social no contexto do transplante,” (idem) posto esse como um desafio do cotidiano de trabalho do Serviço Social.

Sobre a inserção dos assistentes sociais nas equipes multiprofissionais de referência, Alves (2018); os elementos que compõem o instrumento de entrevista social são refletidos por Adeodato (2018) e sobre os critérios da avaliação social realizadas no período de pré-transplante, tem-se os TCR's de Cordeiro (2014) e Castro (2018).

O HUWC, junto com a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, integra o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC) e é referência para a prestação de atenção à saúde no âmbito do SUS e para a formação de recursos humanos para este sistema, no desenvolvimento de pesquisas e atendimento à população no Ceará.

Além disso, é campo de aprendizado para estudantes de graduação e pós-graduação da UFC e de outras universidades. Foi inaugurado oficialmente em 1959, pelo então Presidente Juscelino Kubitschek e passou a ser hierarquicamente subordinado à faculdade de medicina em 1967.⁹

Em 25 de novembro de 2013 o Conselho Universitário da UFC autorizou a transferência da gestão dos HU's para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).¹⁰ Trata-se de uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e tem a finalidade de prestar serviço para o SUS, com prazo de duração indeterminado.

A EBSERH, assim como as Organizações Sociais – OS's, representa o processo de descentralização para o setor público “não-estatal” de serviços como saúde, educação, cultura, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico e preservação e proteção ao meio ambiente (Art.1º, idem), cabendo ao Estado o papel de regulador e provedor.¹¹

⁹ Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará: nossa história disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/nossa-historia>>. Acesso em 25 mar. 2020.

¹⁰ Consuni aprova contratação de estatal para gestão do complexo hospitalar da UFC. Disponível em: <<http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2013/4433-consuni-aprova-contratacao-de-estatal-para-gestao-do-complexo-hospitalar-da-ufc>>. Acesso em 25 jan. 2020.

¹¹ Lei 9.637 de 15 de maio de 1998.

A EBSEERH Constituiu-se como um dos encaminhamentos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), cujo principal incentivador é o Banco Mundial, propondo-se a financiar as iniciativas de mudanças nessas instituições.¹²

No ano de ingresso na residência, 2014, ocorreu o concurso visando o processo de contratação de pessoal, através dessa empresa, em regime de trabalho de caráter celetista. Recordar-se o que Gomes et. al. (2015) caracterizaram como “clima de ansiedades e incertezas” entre os profissionais da instituição sobre as mudanças advindas com essa nova gestão.¹³

Viam-se profissionais que não tinham a estabilidade garantida pelo Regime Jurídico Único (RJU) aflitos com a iminência de perderem o emprego; residentes preocupados em conciliar as atividades da residência com o estudo para o concurso, visando um contrato de trabalho que desse alguma segurança a mais do que um vínculo temporário e sem direitos trabalhistas e os funcionários com vínculo por RJU divididos entre defesas, posições contrárias e incertos sobre as implicações dessa mudança para as suas condições de trabalho.

Tendo em vista que se compreende a transferência da gestão dos HU's para a EBSEERH como uma das expressões da contrarreforma do Estado, tinha-se por um dos objetivos da ida a campo observar como tem sido desenvolvida a gestão do HUWC, com vistas a subsidiar as respostas para a hipótese de que a “RESMULTI-UFC, objetivamente, se materializa como um campo significativo para refletir a realidade e fortalecer o projeto contra-hegemônico, que busca transformação de práticas na saúde, mas sofre diretamente os efeitos do contexto de desmonte do SUS e precarização das relações de trabalho”.

Essa hipótese foi parcialmente respondida, uma vez que a conjuntura nacional de adesão à EBSEERH pelos HU's perpassaram de forma explícita ou implícita as reflexões sistematizadas pelas assistentes sociais. Contudo, os desdobramentos da nova gestão para a organização dos serviços no cotidiano do HUWC, para a RESMULTI-UFC e para o atendimento aos usuários ainda é um elemento a ser explorado.

Por compreender que a transição para o novo formato de gestão ainda estava em curso durante a maior parte da construção das reflexões das autoras, foram apresentadas ao longo do texto algumas impressões, fruto de estudos e participação em debates que têm apresentado a situação dos HU's no Brasil após a gestão da EBSEERH e apresentou-se sugestões que possam

¹² Portaria Interministerial nº 883 de 05 de julho de 2010.

¹³ As autoras analisaram a percepção dos profissionais de saúde do HUWC e da MEAC sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) na gestão do Complexo Hospitalar da UFC. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, na qual se utilizaram como técnica para a coleta de dados a observação simples e a entrevista semiestruturada: a interpretação dos dados baseou-se na análise dos temas trazidos pelos discursos.

instigar análises que tenham por eixo refletir a relação entre a gestão dos serviços de saúde e os processos de formação-trabalho nos HU's.

Também como expressão da conjuntura nacional, não só a experiência pessoal entre os anos de 2014 e 2016, mas a leitura dos relatos das residentes do HUWC, sobretudo na dissertação de ROLIM (2015), e o diálogo com outros sujeitos no Fórum Nacional de Residentes em Saúde¹⁴ permitiu reforçar a constatação de que, não raramente, o residente tem se constituído como mão de obra alternativa à carência de trabalhadores com o perfil de contratação que um sistema da magnitude do SUS necessita.

Dentre as queixas dos residentes, a que mais se recorda é a de que “quando é conveniente, somos estudantes e por isso não temos direitos trabalhistas”. Em outros momentos, também por conveniência, “somos trabalhadores e por isso temos muitas vezes que suprir as lacunas dos serviços”.

A compreensão de que as formulações que pretendem refletir a RMS devem partir da centralidade do trabalho, em suas particularidades no capital, foram ainda mais adensadas durante a realização do mestrado em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tanto pelos conteúdos abordados nas disciplinas, como pelo movimento inerente à pesquisa de buscar referenciais sobre a temática no âmbito desta categoria.

Além dos referenciais teóricos apresentados no decorrer da exposição da pesquisa, foram fundamentais à apreensão das particularidades do Serviço Social nos programas de RMS a publicação do “Mapeamento da inserção do Serviço Social nos Programas de Residência e da produção teórica da área sobre a temática”, publicado em 2018¹⁵ e a publicação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) “Residências em Saúde e Serviço Social”, de 2017.

No que concerne à inserção do Serviço Social nos processos de trabalho do transplante, essa se efetivou estreitamente relacionada à instituição da Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Saúde (COREMU) dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará (HUWC e MEAC).

De acordo com o seu regimento interno, a COREMU do HUWC e da MEAC foi instituída através da Portaria de Nº 98 de 30 de dezembro de 2009, nas modalidades de

¹⁴ O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) é uma articulação entre residentes em saúde de todo o país e visa promover um espaço de troca entre residentes multiprofissionais e em área profissional da saúde. Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com/>. Acesso em 27 jan. 2021.

¹⁵ O mapeamento foi realizado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS), da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS/UFJF).

Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI-UFC), Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo facial (RESBUCO) e Residência em Enfermagem Obstétrica (RESENF0). Data de 2010 a primeira turma de residentes.

A RESMULTI-UFC contempla as seguintes áreas de concentração: assistência em onco-hematologia, assistência em saúde mental, assistência em terapia intensiva, assistência em transplante e assistência em saúde da mulher e da criança. Contempla o processo de formação em serviço de enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

O Serviço Social no contexto do HUWC se inseriu nessa modalidade de pós-graduação em serviço quando não dispunha de profissionais na composição das equipes multiprofissionais dos transplantes. Pelo menos não de forma efetiva, uma vez que as demandas que eram identificadas nos ambulatórios e enfermarias eram encaminhadas para a sala central do Serviço Social no referido hospital e atendidas de forma indiferenciada a qualquer outra no contexto do plantão social. A partir da residência, portanto, que as profissionais que assumiram a preceptoría se consolidaram como assistentes sociais de referência dessas equipes.

Na dissertação de Rolim (2015), evidenciaram-se alguns elementos para a reflexão do que foi o início da RESMULTI-UFC, sobretudo na visão das profissionais que assumiram a preceptoría. Esses elementos relacionam-se ao que Oliveira (2017) conclui sobre o processo de adesão dos HU's ao movimento promovido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, do qual resultou o aumento da RMS nesses hospitais em 2010: sem uma política de integração e sem debates coletivos em torno de sua proposta. Cada instituição formou isoladamente as suas comissões (idem).

Contudo, cabe o destaque para o acervo construído pelo Serviço Social ao longo de uma década. Acervo esse que permanece em movimento, não só pelo ingresso anual de outros sujeitos, mas porque é uma característica do Serviço Social do HUWC refletir essas questões nos seus planejamentos, reuniões e nas aulas específicas do Serviço Social, das quais a equipe de Serviço Social também participa.

Foi identificada pelo mapeamento da inserção do Serviço Social nos Programas de Residência e da produção teórica da área sobre a temática a crescente produção da categoria no contexto da RMS sobre a relação formação e trabalho no cotidiano dos serviços de saúde; o trabalho em equipes multiprofissionais, com base nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino (ABEPSS) e no projeto ético-político da profissão; a pesquisa em Serviço Social e a crítica aos ataques às Políticas de Saúde e de Educação.

O que sugere que a inserção do Serviço Social nos programas de RMS têm potencializado reflexões sobre as condições concretas nas quais o trabalho profissional se realiza e as produções das assistentes sociais no contexto da RESMULTI-UFC inscritas nesse processo.

No que concerne à terceira hipótese, identifica-se a importância que tem a constituição de uma equipe multiprofissional, sobretudo partilhando de espaços de formação e discussões das situações atendidas no cotidiano, para o reforço do princípio da integralidade da atenção no âmbito do SUS e do Projeto de Reforma Sanitária, a exemplo de alguns registros em diário de campo de atividades intra e extra-hospitalares, articuladas aos residentes das outras categorias.

Porém, o que corroborou para a percepção de que ainda há muito que avançar no ambiente da alta complexidade em relação à fragmentação do atendimento e à construção de alternativas ao modelo biomédico foi a ausência de aulas e atividades teórico-práticas articuladas à Residência Médica, diferente do que se realiza, embora esporadicamente, com a RESBUCO e com a RESENF0, bem como as condições diferenciadas em que os programas são realizados.

Recorda-se, também, da percepção pessoal durante a atividade introdutória à assistência em transplante, realizada na primeira semana do ingresso na RESMULTI-UFC, o foco no transplante enquanto procedimento e não como processo que envolve a garantia do acesso ao conjunto de direitos que possibilitem condições adequadas de vida e trabalho.

Embora profissionais de outras categorias tenham compartilhado como organizam os seus trabalhos, a centralidade foi explicar os aspectos operacionais dessa modalidade de tratamento. O “como acontece no centro cirúrgico” e o conjunto de prescrições para que não haja a rejeição do órgão, em detrimento de contextualizar o procedimento a partir das necessidades em saúde que corroboraram para que o usuário estivesse nessa condição e as complexas requisições do pós-transplante.

Quando surgiu o propósito de analisar o conteúdo dessas sistematizações a consciência de que se trataria de algo desafiador foi imediata. A pesquisa exige a abordagem de conceitos e categorias que extrapolam reflexões em torno da RMS no seu “dever ser”, na sua potência de se realizar como uma proposta de pós-graduação *lato sensu* que configura “um dos elementos disparadores da política de educação permanente” (KUSS E LEWGOY, 2019), mas sem apreender as mediações que perpassam a sua materialização.

Uma vez implementada em um serviço de saúde, a RMS passa a ser elemento constitutivo dos seus processos de trabalho. Os sujeitos envolvidos, residentes, preceptores,

tutores, entre outros, realizam ações que, mediadas por uma proposta de formação, repercutem no atendimento aos usuários, ao passo que também os afetam.

Assim, esta dissertação foi estruturada em três capítulos, os quais foram organizados da seguinte forma:

No primeiro capítulo, “A Residência Multiprofissional em Saúde entre a racionalidade instrumental e o Projeto de Reforma Sanitária”, são abordados os subsídios da análise da proposta pedagógica da RESMULTI-UFC na sua interface com a formação do Serviço Social na atenção em transplante. Esses subsídios partem da premissa de que o residente é um trabalhador da saúde em processo de formação e os programas de RMS do Brasil se materializam perpassados pelos projetos que configuram disputas em torno da direção do sistema de saúde brasileiro. O que tem repercussões na forma de organização do trabalho, na formação e na qualidade da atenção nesse âmbito. Assim, contextualizou-se a configuração do trabalho em saúde, considerando as suas particularidades no modo de produção capitalista; seguiu-se com algumas considerações sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a contextualização dos projetos de saúde em disputa e as mudanças no âmbito da atenção em saúde que requisitaram o surgimento da RMS no Brasil, considerando as particularidades do estado do Ceará e, por fim, tem-se a síntese da concepção de formação do Serviço Social nos programas de RMS da qual se partiu.

No segundo capítulo, “O Serviço Social nos processos de trabalho coletivos do transplante”, tem-se o que subsidiou as análises em torno do trabalho do Serviço Social no contexto das equipes multiprofissionais dos transplantes do HUWC. Contextualizou-se, portanto, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) brasileiro e a sua operacionalização no Ceará; seguiu-se com reflexões em torno das expressões da questão social no processo de transplante no Brasil, entendendo-a como demandas que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde destituídas da determinação do processo saúde-doença no modo de produção capitalista e a partir disso, foram expostas as questões norteadoras da análise do que as assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFC refletiram sobre o trabalho do Serviço Social nas equipes de transplante.

No terceiro capítulo, “O Serviço Social na interface formação e trabalho no transplante”, a partir da contextualização do HUWC na atenção em saúde no Ceará, expôs-se a análise do PP e do Regimento Interno da RESMULTI-UFC e seguiu-se com a análise dos conteúdos sistematizados pelas assistentes sociais vinculadas a esse programa de residência. Os registros em diário de campo elaborados no período da experiência como residente, entre os anos de 2014 e 2016, também subsidiaram as análises proferidas. O conjunto das sistematizações

relaciona-se à proposta de formação da REMULTI-UFC, tendo por princípio a atenção integral à saúde, e às práticas desenvolvidas pelo Serviço Social nos processos de trabalho coletivos dos transplantes, a partir do que lhe é requisitado, que é a intervenção nas expressões da questão social mais evidenciadas nesse contexto.

Cabe ressaltar que se reconhece a densidade das categorias e conceitos presentes no conjunto das sistematizações das profissionais. Logo, sabe-se da impossibilidade de dar conta da complexidade que lhes são inerentes. O que se buscou nesta dissertação foi demonstrar o movimento realizado pelas assistentes sociais em torno de determinados objetos de pesquisa, através dos quais construíram as reflexões e a contribuição para o trabalho profissional. Essas foram permitidas pelo espaço sociocupacional do transplante do HUWC, mediado pelas ações, finalidades e condições em que a RESMULTI-UFC se estabeleceu.

1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ENTRE A RACIONALIDADE INSTRUMENTAL E O PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA

A construção desse capítulo se deu a partir da hipótese de que a RESMULTI-UFC constitui uma proposta significativa para refletir sobre a realidade e fortalecer o projeto de saúde contra - hegemônico, buscando transformações das práticas na saúde, mas que sofre diretamente os efeitos do contexto de desmonte do SUS e da precarização das relações de trabalho.

A priori, cabe situar que por projetos “hegemônico” e “contra-hegemônico” refere-se às condições históricas a partir das quais foram consolidados dois polos antagônicos identificados por Bravo e Matos (2009) como “Projeto Privatista” e “Projeto de Reforma Sanitária,” cujo marco temporal foram os anos 1970 e o processo de construção da CF1988 evidenciou ainda mais os interesses conflitantes em torno da concepção de saúde.

Bravo e Menezes (2013) identificam ainda que nos governos *petistas*¹⁶ algumas propostas enfatizavam a necessidade da Reforma Sanitária, mas houve falta de vontade política e de financiamento para essas, somadas às requisições da reconfiguração do Estado conforme os preceitos neoliberais. Dentre essas, tem-se a focalização, o subfinanciamento do SUS e fortalecimento do “mercado da saúde”.

Assiste-se também a uma flexibilização do referencial teórico por parte de alguns atores importantes do MRSB, que tinham por horizonte a emancipação humana, que pressupõe a superação do capital. O que sinalizou, portanto, para um terceiro projeto identificado por “Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada” (BRAVO E MENEZES, 2013).

Nos governos posteriores, Temer (2016 - 2018) e Bolsonaro (em curso desde 2019), tem-se uma aceleração na contrarreforma, numa perspectiva de total subsunção do SUS ao mercado (BRAVO, PELAEZ E MENEZES, 2020). O que, mesmo diante da pandemia mundial da *COVID-19*, evidencia o total descaso para com a saúde da população.

Essas disputas são atravessadoras da proposta de Educação Permanente em Saúde, que contempla os programas de RMS, da forma como o trabalho se organiza e das respostas que são dadas às demandas dos usuários no cotidiano da assistência. Devem ser identificadas para não se proferir análises do que se propõe o programa da RESMULTI-UFC sem considerar as condições concretas em que os processos de formação se realizam.

¹⁶ Em referência aos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), tem-se o primeiro e segundo mandato de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) e o primeiro e segundo mandato (inconcluso) de Dilma Rousseff (2011-2014 e 2015-2016). O Governo de Dilma Rousseff foi interrompido por processo de *impeachment* e Michel Temer, até então Vice-Presidente e filiado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), assumiu a pasta presidencial em 2016 e concluiu o seu mandato em 2018.

Na particularidade dessa modalidade de formação, portanto, incidem os impasses relativos às contradições que atravessam o próprio SUS, à forma como o trabalho se organiza na sociedade capitalista e à formação em saúde no Brasil (SILVA E CASTRO, 2020).

Embora somente uma das produções analisadas tenha dado ênfase em refletir a RMS como espaço formativo interdisciplinar, considerando a experiência do Serviço Social na atenção em transplante através RESMULTI-UFC, as demais são frutos da implementação desse programa.

Ou seja, não refletem diretamente o projeto pedagógico da RESMULTI-UFC ou aprofundam o que pontuam sobre as suas concepções de residência em saúde, mas foi através da experiência da residência que construíram as reflexões em torno do trabalho no contexto da atenção em transplante.

A fundamentação teórica explicitada no curso desse capítulo subsidiou a compreensão do residente como sujeito constitutivo do trabalho em saúde, na condição particular de estar em uma modalidade de formação que, na sua potência, direciona-se ao atendimento das necessidades em saúde da população, desenvolve uma intervenção no processo saúde-doença, bem como pode apresentar contribuições para a melhoria do atendimento, de forma articulada às premissas constitutivas do projeto da Reforma Sanitária.

As atividades realizadas pelos profissionais dos serviços que são relativas aos programas de residência, aulas, exercício de supervisão através da preceptoria e tutoria, planejamento de atividades, orientação dos TCR's, participação em eventos relacionados, entre outras, são alguns exemplos do que também se incorpora aos processos de trabalho desses sujeitos, além da assistência em saúde.

O conjunto da obra marxiana e a contribuição de autores marxistas sobre a forma particular da organização do trabalho no capital foi fundamental para a apreensão das contradições que atravessam as situações concretas nas quais se realizam os processos de trabalho coletivos em saúde.

Esse referencial permitiu elucidar a compreensão de que ignorar o contexto no qual se construíram as reflexões sobre as necessidades de saúde que se apresentam como demandas nas unidades de transplante do HUWC e a construção das respostas profissionais sem, no mínimo, fazer menção à RESMULTI-UFC, significa ignorar o ponto do qual as pesquisas partiram e o meio através do qual se realizaram. Bem como o contrário, falar da RESMULTI-UFC sem pautar o que se apresenta no contexto do atendimento em saúde é abstraí-la do “chão histórico” no qual se materializa.

Expostas as considerações sobre isso, refletiu-se em seguida o processo histórico no âmbito da atenção em saúde que requisitou o surgimento da RMS no Brasil, considerando as particularidades do estado do Ceará, como têm se materializado perpassadas pelas concepções delineadas pelos projetos de saúde em disputa, e apresentou-se a síntese da concepção de RMS da qual se partiu, na sua interface com a formação dos assistentes sociais.

1.1 Os processos de trabalho coletivos em saúde como locus de materialização da residência

Compreende-se, a partir de Marx, o trabalho como categoria fundante (ontológica) do ser social e é inerente à constituição de qualquer formação econômica “a natureza universal do processo de trabalho,” a atividade do homem previamente idealizada, a partir da qual, “antes de tudo,” há uma apropriação da natureza, auxiliado por meios (instrumentos), para a satisfação de suas necessidades, em determinadas condições objetivas (MARX, 2017 p.327).

Todos os demais determinantes (linguagem, cultura, arte, direito, entre outros) surgiram desse fenômeno originário. A produção de valor de uso lhe é inerente. A forma como é produzido e o que mais se agrega ao produto, com a sua progressiva divisão social, é que sofre alterações no processo histórico e revelam a dinâmica específica de cada sociedade.

Não se sabe exatamente como, mas essa atividade se gestou na mobilização de recursos para garantia da sobrevivência e com isso um conjunto de habilidades e relações foram aprimoradas, situando o ser social “em outro patamar de desenvolvimento,” comparado a outras espécies. (LUKÁCS, 2013, p. 43).

Numa perspectiva ontológica das elaborações de Marx, se abstraídos os elementos intrínsecos ao trabalho, seus componentes pessoais (força de trabalho) e objetivos (instrumentos e matéria sobre a qual a ação é executada), independente dos fins (MARX, 2017 p. 337), o produto dessa atividade no capital não só configura a expressão do valor de uso, mas do valor de troca e da reprodução da propriedade privada, da obtenção de lucro, em detrimento do suprimento das necessidades humanas.

O capitalismo, por não ser um mero sistema de produção de mercadorias, mas um modo de produção “que transforma os meios de produção em sucção de trabalho não pago” (MARX, 1978, p. 75), tem no seu cerne o conflito entre as suas classes sociais fundamentais, capitalistas e trabalhadores.

As disputas travadas em torno dos projetos das classes sociais em presença têm suas implicações no que é necessário à reprodução da vida social. Essa se estabelece de formas diferenciadas no decorrer das mudanças na forma de produzir, circular e possibilitar o consumo de mercadorias tangíveis ou na forma de serviços. O assalariamento configura-se como meio “para a conservação e aumento da capacidade de trabalho necessária ao capital para a sua autovalorização” (MARX, 1978, p. 93).

As reflexões de Marx (1978) sobre a forma como os serviços assumiram características dos processos de trabalho capitalista, contribuíram para parte dos estudiosos do “mundo do trabalho,” bem como para o debate dos fundamentos do Serviço Social.

As atividades exercidas no setor de serviços, que não são “senão uma expressão para valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade” (idem, p. 78), ao serem submetidos às necessidades de acumulação, podem assumir a forma de trabalho produtivo que, do ponto de vista do capital, é o que produz diretamente mais-valia.

Por essa condição, um trabalho de mesmo conteúdo pode ser improdutivo ou produtivo, a depender das relações que se estabelecem na sua realização. Um alfaiate pode produzir a serviço de um capitalista ou de um consumidor direto. “Em ambos os casos, estamos ante um assalariado ou diarista [...] no primeiro caso esse trabalhador produz capital e outro não”. Da mesma forma que, “uma cantora que canta como um pássaro”, se vende o seu canto, é assalariada ou comerciante, mas se contratada por um empresário, produz diretamente capital (idem, p. 76).

A identificação de Marx do que significa para o capital o trabalho produtivo ou improdutivo subsidia a compreensão da Política de Saúde que, enquanto Política Social de natureza pública, se materializa como um serviço útil aos seus consumidores e cujo “conteúdo, finalidade e processos de trabalho merecem conceituações de natureza teórica e histórica” (LAURELL, 1989 apud COSTA, 2000, p. 39).

Os processos de trabalho coletivos pelos serviços públicos de saúde, como qualquer forma de trabalho no capital, foram reconfigurados pela incorporação das inovações tecnológicas e pelo constante investimento na organização científica do trabalho. Contudo, essas inovações gerenciais e tecnológicas passam também pelo “crivo político da sociedade civil”, uma vez que sua organização é estruturada a partir de uma política pública de Estado (OLIVAR E VIDAL, 2007).

As Políticas Sociais expressam a relação complexa e contraditória entre as forças sociais presentes e o Estado. Por isso, estão providas de interesses intrínsecos à luta de classes. As suas

formulações relacionam-se ao que Coutinho (2011) considera ser uma renovação da teoria marxista a partir de Gramsci: “a pluralidade de sujeitos coletivos no cenário político-social” (idem). Evidencia-se que mesmo sob o domínio de um Estado capitalista, existe a possibilidade de parcialmente os interesses das “classes subalternas” serem atendidos.

Por um lado, o desenvolvimento técnico-científico ampliado para todos os âmbitos, ao invés do seu potencial de ser direcionado por qualificar a vida humana em todas as suas dimensões, inclusive diminuindo exponencialmente o tempo de trabalho necessário à reprodução da vida biológica e social, significou a expressão nítida do despotismo do capital, através de uma racionalidade “instrumental, individualista e subjetivista” (GUERRA, 2000).

Despotismo esse expresso também na saúde, uma vez que com a consolidação da medicina científica nos séculos XIX e XX passa-se a criar e recriar “condições materiais necessárias à produção econômica,” seja por aplicar-se ao corpo, enquanto mera força de trabalho, ou pela articulação com a produção em si, “através das indústrias de insumos e farmacêutica, cuja produção é ‘externa à medicina’ [...] mas o consumo só se efetiva através dela” (DONNANGELO, 1979, p. 34-38).

Por outro lado, do “ímpeto” de expansão do capital, resulta-se que o denominado “setor de serviços” passou por redefinições vinculadas ao desenvolvimento das forças produtivas, mas também à constituição de novas necessidades coletivas. Tem-se que a configuração particular desses serviços através das Políticas Sociais dão respostas às reivindicações protagonizadas pelos movimentos dos trabalhadores (COSTA, 2000).

No transcorrer desses processos ainda em curso, ora mais latentes, ora efervescentes, à saúde cabe o destaque por sua própria natureza de ser um “campo de múltiplas intersecções e relações com as demais esferas do desenvolvimento da sociedade” (SCOREL, 2011, p. 181-182). Assim, perpassa as disputas político-ideológicas que envolvem todas as demais políticas setoriais: habitação, trabalho e renda, educação, meio ambiente, lazer, transporte, acesso e posse da terra, entre outras.

Também como qualquer forma de trabalho no capital, os processos coletivos de trabalho em saúde se realizam a partir de uma força de trabalho assalariada, submetida ao controle e às necessidades das instituições empregadoras, uma vez que não dispõe de todos os meios necessários à realização de suas atividades.

Embora essa força de trabalho seja consumida com fins de resultados úteis, não gerando mais-valia de forma imediata, o seu trabalho se realiza mediado por relações mercantis por decorrência do assalariamento, do consumo de mercadorias na forma de medicamentos,

equipamentos, etc. e como potencializador de mais-valia em outros setores, tendo em vista que incide diretamente na reprodução da força de trabalho.

O resultado (produto) dessa ação profissional se realiza como um serviço que não se objetiva de forma separada do trabalho em si, mas na própria atividade. O atendimento em saúde na esfera pública também atende a interesses que não são estritos ao capital e, além disso, funda-se numa “intersecção partilhada” (COSTA, 2000), pois o usuário é coparticipante dos processos. Dele parte informações sobre o seu estado de saúde e a escolha por cumprir ou não as recomendações terapêuticas. O que implica ampliação da autonomia profissional para construir mediações através de ferramentas capazes de decodificar as situações e forjar essas respostas.

Essa apreensão da realidade é perpassada pelos “filtros” da subjetividade. O que pode referir-se às capacidades adquiridas pelos profissionais no cotidiano, ao lidar com as situações com as quais foram requisitados, ao interagir com os usuários das políticas, com outros atores sociais no ambiente institucional onde trabalham ou nos espaços da formação. Contudo, refere-se também à consciência do limite de que, na condição de trabalhadores assalariados, são requisitados a disseminar os valores da ordem burguesa, que implica continuidade da exploração e precarização do seu próprio trabalho.

Esse confronto entre as condições objetivas e as capacidades adquiridas pelos sujeitos de intervir numa dada matéria-prima é substancial ao processo de trabalho, para além da ordem burguesa. Constituem a “instrumentalidade” dessa atividade (GUERRA, 2000).

Embora as mediações a partir dos complexos sociais (ideologia, arte, Estado, direito, ciência, etc.) sejam realizadas de forma instrumental ao capital e que nele o trabalho esteja vinculado ao processo de instrumentalização das coisas e pessoas, não há “garantias de compra” da capacidade dos sujeitos perceberem a realidade em suas contradições; de terem totalmente minados os seus anseios individuais e coletivos que permitem que a vida, ainda que de forma mínima, não seja confinada aos interesses que lhes são estranhos.

Porém, a ampliação dessa autonomia não se realiza somente pela intenção dos sujeitos. Depende de determinações outras, relacionadas às condições objetivas e à correlação de forças sociais. Nos termos de Silva e Monteiro (2020) não se realiza no capitalismo por “desejo por autonomia,” como um resultado de um processo mental e individual, mas pelo reconhecimento das contradições postas na materialidade concreta da vida social.

Nesse sentido, no contexto brasileiro, a ampliação da autonomia profissional pode ser potencializada pelo aparato normativo que dá sustentação ao SUS, na apropriação teórica sobre a determinação social do processo saúde-doença, por articulações intra e extra espaços

ocupacionais, sobretudo com os movimentos sociais que pautem a necessidade da Reforma Sanitária, consubstanciando essas condutas também com projetos profissionais de suas categorias.

Os processos de trabalho coletivos em saúde são perpassados pelas mudanças de natureza tecnológica, organizacional e políticas que perpassam o SUS, bem como pelas formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e de cooperação horizontal (expansão dos subsistemas de saúde), que se realizam a partir da rede de atividades, hierarquias, funções e especialização profissionais (COSTA, 2000).

Em decorrência da hierarquização, descentralização e democratização do SUS, Costa (2000) ressalta que as mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política, com vistas à implementação desse sistema a partir dos anos 1990, passaram a exigir novas formas de organização do trabalho em saúde. Imprimiram-se, portanto, novas características ao modelo de gestão e aos processos de trabalho.

Contudo, a efetivação do SUS sofre as tensões macroeconômicas próprias às necessidades de acumulação do capital e essas são atravessadoras da Educação Permanente em Saúde (EPS), da qual a RMS se constitui como uma das modalidades de formação.

1.2 Considerações sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Compete ao SUS formar recursos humanos para atuar nesse sistema, a partir da Constituição Federal de 1988, no Art. 200-III (BRASIL, 1988). A perspectiva posta de atenção integral, intersetorial e a regionalização das ações, articuladas à compreensão do processo saúde-doença a partir das condições de vida e trabalho da população, constituiu um potencializador do reconhecimento da necessidade de ações interdisciplinares e a coordenação dos diversos processos de trabalho e gestão operacional por sistemas de referência e contrarreferência.

Essa forma de conceber a Política de Saúde e as requisições a sua materialização são frutos da articulação em torno da Reforma Sanitária no país. O MRSB surgiu da contraposição à fragmentação do modelo de atenção à saúde predominantes até o final dos anos de 1970 (público, privado, filantrópico e contributivo) decorrente da consolidação da economia capitalista de exportação, do processo de organização da mão-de-obra assalariada e, posteriormente, do processo de industrialização.

A mais significativa expressão da potência do MRSB foi o processo de construção de uma concepção de saúde a partir de ações concretas e debates articulados a amplos setores da sociedade, adensados pela teoria social crítica, que contribui para compreensão da estrutura social e da saúde como processo histórico perpassado pelas determinações dessa estrutura. Do acúmulo dessas mobilizações, fez-se constar na CF1988 um sistema público e estatal, de caráter universal e que deve prestar atenção integral e igualitária à população.

Requisitou, assim, a articulação dos saberes entre equipes multiprofissionais e a instituição de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que fosse direcionada para analisar de forma crítica e para a construção de conhecimentos sobre as necessidades da população, nos vários níveis do sistema, considerando as suas condições objetivas e os diferentes modos de vida construídos. O que se realizou em 2004.¹⁷

A PNEPS foi antecedida pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, em 2003, e nesta o Departamento de Gestão da Educação (DEGES). Essa representa o lócus privilegiado para a formalização e implementação da PNEPS como uma vertente educacional que tem suas potencialidades em gerar reflexões sobre o “processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender” desenvolvendo no trabalho em equipe a construção de um cotidiano pautado no aprendizado constante individual, coletiva e institucionalmente (MS; SGTES; DEGES, 2018).

Para além dos processos de educação continuada, que têm tempo definido e, em maior parte, fazem uso de metodologias do ensino tradicional, cujas finalidades educacionais visam à aquisição e acumulação técnico-científica, seja nos processos de escolarização ou pelo trabalhador, incorporam-se à EPS atividades de aprendizagem colaborativas, com vistas ao fortalecimento do trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem (idem).

Embora a instituição da PNEPS em 2004 tenha sido potencializada pela concepção de saúde que pautou a construção do SUS numa perspectiva universal, organizado por processos de trabalho direcionados pela integralidade da atenção, é atravessada pelas disputas que atravessam a saúde no Brasil, cuja história não é linear.

¹⁷ A criação da PNEPS tem como marco legal a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, cujas diretrizes de implementação foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta última constituiu grande avanço ao fomentar a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), além de definir o orçamento para projetos e ações, estabelecendo critérios de alocação transparentes e explícitos (MS, SGTES E DEGES, 2018).

Se em todos os contextos de transformações na organização da produção relacionam-se de forma intrínseca às mudanças no âmbito da regulação da vida social, as mudanças decorrentes do processo de mundialização do capital também requisitaram novas formas de organização do trabalho, do Estado e das políticas públicas, colocando entraves à autonomia dos trabalhadores nesses espaços.

Quanto ao âmbito dos hospitais, historicamente a cultura desses espaços é marcada pelo corporativismo e hierarquia para com a categoria médica, inclusive entre as suas diferentes especialidades. Nesse contexto também se destaca o uso intensivo de tecnologias, procedimentos e prescrições. Todas essas características fragmentam ainda mais o trabalho e fazem com que as ações sejam pautadas apenas nos sinais e sintomas das doenças, em detrimento do cuidado amplo em saúde.

Nos HU's isso se potencializa pelos modelos de ensino-aprendizagem baseados em metodologias que fortalecem o caráter instrumental da formação. Por isso, ressalta-se a importância do reconhecimento das categorias de profissionais da saúde,¹⁸ da ampliação das equipes multiprofissionais e da construção da PNEPS pelo que impuseram à dinâmica do trabalho desenvolvido nessas instituições, ainda que sejam fortemente atravessados pelo receituário neoliberal.

1.3 Os projetos de saúde em disputa no contexto brasileiro

Não muito depois da constituinte, as primeiras iniciativas de adequação do Estado brasileiro ao neoliberalismo se deram através do “plano Collor,” entre os anos de mandato do Presidente Fernando Collor de Melo (1990 - 1992).¹⁹ Nos anos 1990, portanto, evidenciou-se a distopia entre o desenvolvimento das Políticas Sociais em nível nacional e os países que desfrutaram do Estado de Bem Estar.

O que antes se referia a ampliação de direitos, proteção social e limites ao capital, com a contrarreforma torna-se a supressão desses elementos, sobretudo por vias do desvio do orçamento da seguridade social para o pagamento da dívida pública através da Desvinculação

¹⁸ A resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece como profissionais de saúde de nível superior: assistentes sociais; biólogos; profissionais de Educação Física; enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; médicos veterinários; nutricionistas; odontólogos; psicólogos; e terapeutas ocupacionais.

¹⁹ Fernando Collor, candidato do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), foi o primeiro Presidente eleito pelo povo após o período da ditadura empresarial-militar, iniciado em 1964. A eleição ocorreu em 1989, e a pasta presidencial foi assumida em 1990. A interrupção do seu mandato aconteceu em 1992 por processo de *impeachment* e assumido pelo seu Vice Itamar Franco (1992-1993).

da Receita da União (DRU), ou pela privatização das políticas sociais e priorização dos programas de transferência de renda condicionais.

A cultura de se apropriar da esfera pública para satisfazer interesses particulares, marcada pelo populismo e pelo coronelismo e recusa das obrigações sociais do Estado é um traço constitutivo da sociedade brasileira, que com neoliberalismo ganha contornos de modernidade, sob o forte discurso de que a crise é fruto da ineficiência administrativa do aparato estatal, responsável por deteriorar os serviços públicos e pela intrínseca incapacidade de exercer o controle fiscal e inflacionário. Em contrapartida, a iniciativa privada e o mercado são vistos como eficientes e isentos de corrupção.

No receituário neoliberal a reprodução das relações capitalistas realiza-se por um processo de intensa “acumulação por espoliação”, através da mercantilização do acesso aos bens e serviços, incluindo as políticas sociais, a transnacionalização da economia e a mobilização sistemática do fundo público em prol da acumulação de capital (HARVEY, 2004).

O desmonte dos direitos sociais, onde se incluem as conquistas do movimento sanitaria na CF1988, se deu sob o espectro de uma “cultura da crise”, difundida pela classe dominante em seus componentes privatistas, de necessidade de forjar um “cidadão-consumidor” e de adesão às transformações no “mundo do trabalho” e ao mercado de bens e serviços (MOTA, 2000).

A saúde entra no *roll* dos ajustes à dinâmica da acumulação no que Bensaid (2017) identifica como “tendência do capital a punir práticas consuetudinárias.” Tudo o que é imprescindível à existência: recursos naturais e os produtos do trabalho; mas também os conhecimentos e o saberes, subsumem-se ao interesse de uma minoria, constituindo verdadeiros “cartéis do saber” (idem, p. 52).

Esses “cartéis do saber” impedem a livre circulação de resultados de pesquisas na comunidade científica, evitando que empresas concorrentes façam uso das mesmas inovações, através da compra de patentes inclusive de campos cujas invenções ou descobertas ainda não se realizaram (patentes prévias). Não é difícil, portanto, identificar o interesse das empresas farmacêuticas e insumos hospitalares nessa forma de realizar investimentos, inclusive em instituições públicas.

Enquanto o desenvolvimento científico e das novas tecnologias da informação são utilizados “ao prazer” do mercado, assiste-se à conformação de um exército internacional de reserva, aos processos de espoliação de direitos, ao crescente autoritarismo e políticas de extermínio por parte de lideranças das principais nações.

Os incentivos estatais ao crescimento do livre mercado da saúde, a priorização de formas de cooperação vertical centradas na atenção médico-hospitalar, as privatizações e a urgência da realização da Reforma da Previdência Social configuram o que Mota (2000) identificou como um processo de “assistencialização da seguridade social”. Tais políticas passam ao gerenciamento do mercado, têm o Estado como regulador e tornam-se mercadorias consumíveis, para os trabalhadores assalariados, enquanto restringem-se cada vez mais às situações de pobreza e miséria.

Os processos de trabalho são submetidos ao controle e requisições dos “novos modelo de gestão,” que tendem a serem descentralizadas para Organizações Sociais, empresas públicas de direito privado e organizações da sociedade civil “sem fins lucrativos,” bem como assumem de forma crescente as formas de relações contratuais características da reestruturação produtiva.

Na reestruturação produtiva opera-se o desmonte da legislação trabalhista, ampliando-se os mecanismos de extração de mais-valia. Os trabalhadores, através da flexibilização das relações contratuais, são terceirizados, intermitentes ou informais; são os escravizados na periferia do capital e são os que migram em busca do “privilégio da servidão” (ANTUNES, 2018). São, inclusive, os trabalhadores altamente qualificados dos setores de ponta do processo produtivo, cada vez mais complexo.

O “Programa de Publicização,” do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRE-1995), de responsabilidade do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob a direção do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira e aprovado pela Câmara de Reforma do Estado, significou a “expressão institucional da contrarreforma” (BEHRING, 2008), nos marcos do governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 - 2003).²⁰

Com a proposta de “reforma,” o Estado foi dividido em quatro setores: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não-exclusivos e o setor de produção e bens e serviços para o mercado. Consideradas como não-exclusivas do Estado, as políticas sociais passaram a ser descentralizadas para outras organizações públicas “não-estatais” e privadas, mas subsidiadas com recursos públicos, e continuou nos governos posteriores, sob a orientação de organismos financeiros, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM).

²⁰ Fernando Henrique Cardoso foi um dos fundadores do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB). Em 1993 deixou o Ministério da Fazenda do governo Itamar Franco e lançou sua candidatura à presidência da República pelo PSDB. FHC foi eleito e assumiu a presidência em 1994. Foi reeleito em 1997 e assim reassumiu a pasta presidencial em 1998.

Através do documento “Uma agenda para a reforma” (BM, 1987), orientou-se o “fortalecimento dos setores não governamentais ligados à prestação dos serviços e a descentralização dos sistemas públicos de saúde” (MATTOS, 2000, p. 09). Esses serviços, ao serem subdivididos em “exclusivos” e “não-exclusivos” do Estado abriu o precedente para a convivência entre diferentes formas de contratos de trabalho.

Correia e Santos (2015) apresentam um panorama do quão alvo de questionamentos judiciais, incluindo o Ministério Público Federal, e críticas pelos movimentos sociais que se articulam em torno da defesa do SUS tem sido a “Lei das OS’s” desde a sua aprovação, uma vez que a CF1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) estabelecem a prestação de serviços privados em caráter complementar e não de forma substitutiva, mediante contrato de direito público ou convênio e, preferencialmente, com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. De encontro a isso, tem-se que:

As OS’s podem contratar funcionários sem concursos públicos, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. Assim, a instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos e, conseqüentemente, para a precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários (CORREIRA; SANTOS 2015, P. 36).

Além das OS’s, foi criada, através da Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), através das quais se institui e disciplina o “Termo de parceria” como uma nova forma de transferir para o setor privado a prestação de serviços públicos para Organizações Não-Governamentais (ONG’s), cooperativas e associações da sociedade civil.

A Lei das OS’s e das OSCIP’s representam, assim, o marco legal do terceiro setor. A “parceria,” quando é feita por substituição e não de forma complementar a responsabilidade estatal, configura uma forma de privatização das funções que lhes são próprias.

O governo Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) seguiu a linha do “Programa de Publicização,” com a instituição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), através do Projeto de Lei Complementar nº 92, de 13 de julho de 2007, para desenvolverem atividades nas áreas da saúde, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras.

As FEDP’s têm personalidade jurídica de direito privado, são viabilizadas através de contratos de serviços e dispõem de autonomia gerencial, orçamentária e financeira. Na saúde, A Lei Complementar nº 92/2007 implica o processo de transferência da gestão hospitais públicos que integram o SUS. Foi referendada pelo Programa Mais Saúde (Programa de Aceleração do Crescimento – PAC - da Saúde), lançando pelo então presidente em 05 de

dezembro de 2007, propondo um modelo de gestão, no qual haja a indução pelo governo ao engajamento da iniciativa privada.

Como mencionado na seção anterior, a criação da SGTES (2003) no interior do Ministério da Saúde, que se deu no governo Lula, representou um marco para o fortalecimento da PNEPS (2004) e gerou expectativas de que o governo fosse apresentar soluções concretas para a defasagem dos recursos humanos do SUS e potencializar processos de trabalho em saúde direcionados pela plena efetivação do sistema.

De certa forma, a concepção de Reforma Sanitária, que foi escamoteada ao longo dos anos 1990, foi retomada com a eleição de Lula e isso se evidencia com a escolha de profissionais comprometidos com essa perspectiva para ocupar o segundo escalão do MS, além das alterações estruturais, com destaque não só para a SGTES, mas para Secretaria de Atenção à Saúde, que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, para a Secretaria de Gestão Participativa, visando fortalecer o controle social e para a atenção aos insumos estratégicos, incluindo assistência farmacêutica e desenvolvimento científico e tecnológico, através da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (TEIXEIRA E PAIM, 2005; BRAVO, 2009).

Ainda nos governos de Lula, foram implantadas a Política de Saúde Bucal, criou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para atendimentos pré-hospitalares, no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências, houve a ampliação da atenção básica, através do PSF e a expansão dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS's), entre outras.

Contudo, o comprometimento com a agenda da contrarreforma do Estado dos organismos internacionais se sobressaiu na saúde, sobretudo com a privatização da gestão desses serviços, com a precarização dos contratos de trabalho, em detrimento da realização de concursos públicos e no que Bravo (2009) destaca como sendo “patente” a não articulação entre as políticas de Assistência Social e a Previdência Social, que conformam a seguridade social brasileira.

Nos governos Dilma (2011-2014 e 2015-2016) também se destacaram algumas iniciativas importantes como o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, formulou-se o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica) e foi divulgado o Programa Nacional Telessaúde Brasil.

Contudo, as iniciativas não explicitavam o compromisso com a Reforma Sanitária. Além disso, a crise econômica mundial teve repercussões para o corte de gastos com as Políticas Sociais, para o fortalecimento do setor privado, através do crescimento dos planos privados de

saúde, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado.

Para a contextualização da pesquisa em tela o recorte relativo à transferência da gestão do SUS para o setor privado é fundamental para a apreensão do contexto no qual a RESMULTI-UFC foi instituída e tem se materializando, tendo em vista que a gestão dos HUF's também foi incorporada à agenda da contrarreforma.

Semelhante ao papel das OS's, a EBSE RH foi autorizada em 2011 para administrar os HUF's com referência nas experiências dos HU's de São Paulo (gerenciados por OS's) e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que é gerenciado por uma empresa pública que, inclusive, disponibiliza leitos aos planos de saúde privados.

Por ser vinculada ao MEC, tornou-se responsável pela formação universitária e dos trabalhadores da saúde, bem como pela pesquisa e extensão no âmbito dos HUF's, sob o argumento que estruturou a proposta do REHUF de reestruturar os HUF's, com vistas à superação da crise financeira em que se encontravam, sobretudo com a redução do repasse de verbas por parte do MEC, e pautando a necessidade de “regularizar” a situação dos funcionários terceirizados dos HU's. A adesão à EBSE RH, portanto, impacta diretamente as relações de trabalho, a atenção aos usuários e a EPS.

A forma de “regularizar” a situação desses funcionários via CLT se constitui uma ameaça à existência do RJU. A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde ²¹ questionou a razão pela qual não se considera como solução o investimento em concursos públicos para o suprimento das carências relativas aos Recursos Humanos desses hospitais. ²²

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem pautado o debate sobre a transferência da gestão dos serviços de saúde e, com base em notícias vinculadas à imprensa e denúncias por parte de profissionais e diversos sujeitos da sociedade civil, identifica-se o não cumprimento do que se estabelecia nos contratos firmados com as universidades, a priorização do setor privado na capacitação dos funcionários, prejuízos financeiros, insatisfação de funcionários contratados, o desrespeito à autonomia universitária e aos órgãos colegiados de deliberação nos processos de adesão à EBSE RH e a judicialização de demandas contra a empresa.

²¹ A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/>. Acesso em 27 jan.202.

²² Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponível em < <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVYzIXbC1UaGFYYIE/edit?resourcekey=0-oT6qXSW6ejAxJY9xU7PTwQ>> . Acesso em 09 out. 2021.

Em 2016 o Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais no Estado do Ceará (SINTUFCE) apresentou o dossiê “Caos no HUWC e na MEAC após a EBSEERH,” onde a situação de cada serviço prestado no complexo hospitalar da UFC é denunciada, de modo a mostrar que o problema dos HU’s não era a gestão pública, mas a permanência do subfinanciamento.

De forma geral, o dossiê destacou a ausência de manutenção ou falta de equipamentos para alguns procedimentos fundamentais para diagnóstico e tratamento; equipamentos funcionando sem laudo técnico; falta de equipamentos individuais de proteção; falta de insumos como clips, envelopes, sabonetes para as mãos, álcool em gel etc.; falta de medicamentos, como quimioterápicos; morosidade das reformas estruturais; déficit na quantidade dos repousos para funcionários; suspensão de serviços e procedimentos no HUWC e MEAC e de exames pelo laboratório conveniados, obrigando os profissionais a orientarem os usuários a fazerem exames na rede privada, sobretudo em casos urgentes.

Para além dos indícios de não cumprimento do que se configurou a proposta contratual, o que se coloca como fundamental à reflexão sobre a transferência da gestão dos HU’s para uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado é uma questão de princípio e compreensão do que há de conflitante em uma empresa, embora tenha construído patrimônio próprio, utilizar-se do patrimônio de universidades públicas, que são autárquicas e, por isso, têm responsabilidade pelo seu autogerenciamento.

Por sua natureza, a Lei que autorizou a EBSEERH permite acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais de caráter privado e pode explorar atividade econômica, ainda que seja pública. O que não condiz com a finalidade constitucional que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado. Portanto, não é bem comercializável.

A Lei da EBSEERH prever o ressarcimento de planos privados de saúde, podendo gerar no âmbito dos HUF’s a existência de duplas filas para o atendimento, do SUS e do setor privado. Além disso, responsabiliza-se pela contratação de pessoal, pela gestão dos recursos e compromete as instâncias de controle social, uma vez que estabelece conselhos consultivos e não os deliberativos, como definido pelo aparato normativo desse sistema.

A interferência no ensino nos HUF’s pela EBSEERH é incompatível com a formação pública, uma vez que o princípio da eficiência como funciona no setor privado, que enfatiza os resultados do trabalho e não o processo na sua totalidade, pode inviabilizar projetos de extensão e pesquisas que tenham retorno social significativo, mas que não necessariamente sejam lucrativos.

Além disso, podem ser inviabilizados projetos e pesquisas que perdurem por médio-longo prazo, considerando a possibilidade de contratos de trabalho temporários e o estabelecimento de metas de produtividade por quantidade de atendimentos, em detrimento da qualidade.

No que concerne à modalidade de formação por residências, cabe ressaltar que em 2020, portanto após o governo Dilma, a EBSEH passou a ser responsável pela organização dos processos seletivos, através do Exame Nacional de Residências (ENARE) e tem realizado o cadastro de instituições públicas para que os processos seletivos sejam realizados através da empresa.²³

A submissão dos processos seletivos e de formação da residência a uma empresa pública, que visa organizar processos de trabalho com base no princípio da eficiência como se dá na esfera privada, tende à reprodução de um modelo de formação que atenda ao perfil de trabalho que a empresa tem por concepção, em detrimento da autonomia pedagógica da universidade e da direção que fundamenta a PNEPS, que é uma formação crítica, dialogada e participativa, que priorize a construção de conhecimentos sobre as necessidades da população.

Para além de “capturar” a subjetividade dos trabalhadores dos serviços públicos para os valores político-ideológicos que sustentam à reprodução da forma burguesa de produzir, o que se encobre é o que a racionalização dos recursos e o interesse na gestão dos processos de trabalho têm de relação com a dependência orgânica dos setores que ocupam a gestão dos serviços para com o Estado, através do fluxo sistemático de transferência de fundo público (ALMEIDA E ALENCAR, 2015).

A privatização progressiva dos serviços públicos, portanto, não tem se realizado, até o momento, por mecanismo de venda típica, mas através da incorporação de padrões de organização e metas de produtividade no trabalho que expressam a subsunção da vida social à lógica mercantil, no sentido de reforçar o ideário de que as Políticas Sociais, ao invés de permanecerem sob uma administração pública “burocrática e inoperante”, podem ser executadas nos moldes empresariais, “flexível e eficiente”.

Se a contrarreforma em curso desde os anos 1990 já evidenciava um projeto de saúde que concebia a atenção básica como sinônimo de uma proposta de baixo custo, direcionada aos mais pobres, potencializava o mercado da saúde, priorizava a atenção hospitalar e a organização dos serviços prestados com base nos moldes empresariais-mercantis, a partir dos Governos

²³ Exame Nacional de Residências (ENARE). Disponível em: <https://enare.ebserh.gov.br/>. Acesso em: 09 out.2021.

Temer e Bolsonaro ²⁴ colocou-se em pauta a agenda ultraneoliberal, direcionada pela privatização dos serviços públicos à “maneira clássica”.

Braz (2017, p. 94) ao analisar o que manifestamente se evidenciou como um golpe midiático e jurídico-parlamentar, culminando no *impeachment* de Dilma Rousseff (2016) até a fase inicial do governo Bolsonaro (iniciado em 2019), sinalizou para a evidência de uma crise de hegemonia, onde, sob a retórica do patriotismo, a adoção de iniciativas contra os avanços democráticos tanto na política, como no âmbito dos direitos sociais são recorrentes e demonstrou como o cenário da luta de classes no Brasil pode propiciar a elevação de uma cultura política fundada no autoritarismo.

Na conjuntura citada a estratégia *petista* de conciliação foi derrotada, reverberando em toda a esquerda e essa se encontra fragmentada em análises superficiais, movidas por uma paixão cega que impede a identificação do que é de responsabilidade do Partido dos Trabalhadores (PT) nesse processo ou esquerdistas, identificando na derrota do partido uma vitória da classe trabalhadora; ao passo que a burguesia encontra-se em uma disputa interna pela direção do novo bloco de poder.

No que concerne à saúde, dentre alguns aspectos a serem colocados como evidência do interesse no desmonte do SUS, destaca-se aqui a contribuição de Bravo, Pelaez e Menezes (2020) que sintetiza as principais medidas adotadas pelos governos Temer e pelo Presidente Jair Messias Bolsonaro, a partir de propostas explicitadas no programa de governo, nas declarações proferidas à imprensa durante a campanha eleitoral, no período de transição e no primeiro semestre da gestão:

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO, PELAEZ E MENEZES, IDEM, P. 195).

No segundo, tem-se o aprofundamento do desmonte das Políticas Sociais e além da sistemática recusa a pronunciamentos perante a imprensa e do autoritarismo, destaca-se por um programa que dedicou quatro páginas ao “setor saúde”; omissos ou superficiais no tocante a pontos estratégicos para o SUS, como financiamento, descentralização do atendimento,

²⁴ O atual Presidente Jair Messias Bolsonaro foi candidato pelo Partido Social Liberal (PSL) e venceu as eleições em 2018.

problema da judicialização e liberação de subsídios do setor privado para a Saúde, apenas enfatizando a defesa da “privatização em geral”, visando o equilíbrio das contas públicas, a eficiência econômica, o bem-estar e a distribuição de renda (idem).

O governo Bolsonaro vem sendo identificado por militantes e teóricos do campo progressista e da esquerda comunista como fruto do momento político descrito por Braz (2017). Oliveira (2018), colunista da revista *Forum*, ao decompor o capital político que levou um “até então deputado medíocre, inexpressivo” a ser eleito Presidente da quarta maior democracia mundial, identificou como componentes significativos para a vitória de Jair Bolsonaro o *antipetismo* crescente com a *espetacularização* seletiva dos escândalos de corrupção e o moralismo perante o avanço da agenda dos direitos civis das minorias, para com a qual a aliança com as igrejas evangélicas *neopentecostais* também foi fundamental.

Incorporam-se a esses elementos a sensação de insegurança, que faz com que o discurso de violência para com a violência encontre ressonância em uma população desamparada, que provoca um descontentamento com a democracia e faz com que lideranças aparentemente “*outsiders*,” defensoras de ditaduras ganhem visibilidade e o compromisso com o capital em acelerar o processo de desmonte do Estado brasileiro.

As forças do mercado comemoraram a eleição de Bolsonaro. O ideal mesmo seria Alckmin, mas Bolsonaro, com a chancela de Paulo Guedes, serve também. Machista, autoritário, violento, homofóbico? Sim, não importa. O capitalismo não tem o menor compromisso com a civilização. (OLIVEIRA, IDEM, N.P).

No curso dos governos “pós-golpe,” evidenciou-se o que Souza (2017) já havia identificado como real objetivo da Operação Lava Jato, com todo o apelo midiático e conluio por parte de integrantes do aparelho estatal ávidos por “combater a corrupção” e “varrer a sujeira do país”.

Além de corrupta, a suposta “natureza ineficiente” da gestão pública é enfatizada nos discursos e a alternativa de privatizar as riquezas nacionais como solução é ainda mais fortalecida. A ideia de uma elite “toda poderosa” habitando o Estado mascara a elite real que o captura por fora e é a principal responsável pelo cidadão espoliado (idem).

A tônica dos discursos em torno dos novos modelos de gestão até então era a de que não significavam a privatização dos serviços públicos, mas de que se tratam apenas de uma reorganização dos serviços e otimização dos recursos, quando se constituíram como uma alternativa diante da (ainda) impossibilidade de privatizar nos termos clássicos.

A ideia de “privatização geral” do governo Bolsonaro fez constar a EBSEH na lista divulgada pela Secretaria Especial de Desestatização e Desinvestimento do Ministério da Economia como uma das empresas públicas a serem privatizadas, sob o direcionamento de os

HUF's passarem a realizar atendimentos oriundos dos planos de saúde privados, porém foi retirada dessa lista junto com outras doze empresas.

O então secretário especial de Desestatização e Desinvestimento do Ministério da Economia Salim Mattar declarou, sobre a retirada das doze empresas públicas da lista, que há um arcabouço jurídico difícil de ser desmontado e por isso a ideia de “desmontar tudo” ainda constitui um pré-projeto que vem sendo estudado como ser levado adiante, uma vez que “o Estado brasileiro é obeso, lento, burocrático e oneroso.” Por isso, será feito o possível para vender o maior número de estatais.²⁵

Sinaliza-se a compreensão de que a aceleração desse processo só tem sido razoavelmente “freada” por decorrência da pandemia da *COVID 19*, que expôs a relevância de tudo o que foi investido no SUS ao longo de sua trajetória, ainda que com muitos percalços, bem como intensificou a instabilidade do apoio ao governo Bolsonaro por parte das forças políticas que foram fundamentais à vitória das eleições do ano de 2018.

Com todas as dificuldades objetivas para manifestações massivas, é importante reforçar que o momento tem oportunizado a construção de debates que retomam os preceitos do MRSB, a articulação de trabalhadores, estudantes, usuários e entidades, com destaque para a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, além de o SUS cotidianamente ser enaltecido pela mídia internacional por sua consistência e excelência em pesquisa científica, mesmo diante de um cenário, não só de retirada de direitos, mas de política de extermínio.

O boletim “Direitos na pandemia” nº 10,²⁶ expôs, como um dos resultados da pesquisa iniciada em março de 2020, que buscou esmiuçar as normas federais e estaduais relativas ao novo *coronavírus*, que a postura adotada pelo Governo Federal não é só de negação da situação, mas que há uma estratégia institucional de propagação do vírus.

No boletim foi construída uma “linha do tempo” com o conjunto de portarias, medidas provisórias, resoluções, instruções normativas, leis, decisões, decretos e falas públicas do Presidente que desenharam o quadro crítico em que o Brasil se encontra perante a pandemia e

²⁵ PUPPO, F. Governo desiste de privatizar tudo e preserva mais 12 estatais. Folha de São Paulo, São Paulo, 15 jul. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/06/governo-desiste-de-vender-tudo-e-preserva-mais-12-estatais.shtml>> Acesso em: 21 Jan. 2021.

²⁶ O boletim Direitos na pandemia – Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil é elaborado pelo Centro de Pesquisa e Estudos sobre Direitos Sanitário (Cepedisa) da Faculdade de Saúde Pública da USP (Universidade de São Paulo) em parceria com a Conectas Direitos Humanos. O nº 10 foi publicado em 21 de janeiro de 2021 pelo jornal *El país*, que no link da matéria disponibilizou o acesso ao documento na íntegra. Brum, E. Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”. *El País – Brasil*. Mina Gerais, 21. jan. 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>> Acesso em 22 jan 2021.

concluiu que as ações de caráter sistemático deixam claro o objetivo de ampla disseminação do vírus, com o intuito de retomar a atividade econômica o mais rápido possível.

Embora o último TCR analisado seja do início do ano de 2019, a configuração político-econômica pós-2020 repercute diretamente nos processos coletivos de trabalho em saúde, dos quais os residentes fazem parte como trabalhadores em formação. Situar as análises a partir desses elementos históricos e conjunturais é fundamental para o direcionamento de ações que possam ser estratégicas à consolidação do SUS na perspectiva dos preceitos da Reforma Sanitária, que não se limita a esse sistema, mas vislumbra a superação do modo capitalista de produção.

Da intersecção entre trabalho, saúde e educação, com a precarização das condições do primeiro, somadas aos efeitos do desmonte das demais e à perspectiva histórica de uma educação instrumental, resumida ao treinamento para operacionalizar as funções para as quais o trabalho é requisitado, os programas de RMS, transitam entre a sua potência de realização como uma das frentes da PNEPS para o SUS ou serem mais uma estratégia de contrato de trabalho em condições precárias, que atende aos ensejos do projeto hegemônico.

1.4 Fundamentos históricos e a construção da proposta de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil

Quem, na condição de residente “não-médico,” nunca foi retrucado com “mas como você pode ser residente, se você não é médico?” Essa indagação perpassa o senso comum, seja por usuários, no cotidiano dos serviços de saúde, ou por pessoas do convívio pessoal.

Tal pergunta não se dá por acaso, uma vez que como todo fenômeno que tem suas raízes fincadas no curso do processo histórico, a conformação das residências médicas reverberou no aparato normativo e na implantação das propostas pedagógicas dos programas uni e multiprofissionais no Brasil.

Assim, situá-la no contexto e nas finalidades do seu surgimento permite a compreensão da razão pela qual a RMS tem se construído na tensão entre se materializar como uma proposta inovadora em termos de formação direcionada ao fortalecimento do SUS, na perspectiva do MRSB, e uma proposta que reforça a lógica de as outras categorias profissionais constituírem-se como mero subsídio a uma atenção estritamente biomédica e “hospitalocêntrica”.

A residência médica foi a precursora dessa modalidade de formação em serviço. Surgiu nos Estados Unidos, no Hospital *John Hopkins*, no ano de 1879. A orientação da modalidade

era a de uma perspectiva de treinamento de profissionais após o curso de graduação, pelo viés da atenção especializada e visava atender aos requisitos da inflexão no modelo de atenção à saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, com a consolidação da medicina como prática científica.

Dessa inflexão, Silva e Castros (2020) destacam o processo de alteração da missão hospitalar, que de prestação de assistência religiosa aos enfermos e separação dos pobres do convívio social, incorpora de forma paulatina o desenvolvimento tecnológico e a produção científica com vistas à cura de doenças, ao qual passaram a ser subsidiados pelos os estudos funcionalistas de Talcott Parsons no início do século XX (1902-1979).

Nesses estudos compreende-se o processo de adoecimento como desviante ao “sistema social” e, por isso, os devidos ajustes deveriam ser operacionalizados. O médico passa a realizar o papel de mediação entre o “doente” e o socialmente conveniente (SILVA; CASTRO, idem, p. 47).

A consolidação da medicina científica entre os séculos XIX e XX não é fruto, portanto, de um progresso técnico-científico linear, como explicitado no início desse capítulo. Articula-se à complexa dinâmica econômica e política própria à forma de produção e reprodução das relações sociais no capital, sobretudo a partir do capitalismo industrial no século XVIII (DONNANGELO, 1979).

Assim, as transformações na prática médica tiveram implicações para os processos de trabalho em saúde, articuladas às finalidades próprias ao capital para com a intervenção no processo saúde-doença, garantindo a reprodução da força de trabalho e a constituição do “mercado da cura” através, principalmente, das indústrias farmacêuticas e insumos hospitalares:

A própria organização de todo o campo da medicina (desde o tipo de conhecimento elaborado e as formas de sua transmissão, até a constituição de princípios legitimadores, a nível ético ou jurídico, do exercício da prática), com seu efetivo monopólio sobre as ações de saúde, garante à prática médica uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial (DONNANGELO, 1979, P. 38).

Um elemento importante ao reforço de um padrão de formação intensamente especializado e biomédico foi a introdução de critérios científicos e institucionais para a formação acadêmica e profissional no campo da saúde estabelecidos através do que ficou conhecido por “Relatório Flexner” - *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, 1910.

O “*Flexner Report*” (1910) é fruto da avaliação realizada por Abraham Flexner, em 1908, em 155 escolas de medicina dos EUA e Canadá, através da Fundação *Carnegie*, que é

uma entidade privada, criada pelo industrial e filantropo americano Andrew Carnegie em 1905, e licenciada em 1906, reconhecida nos EUA por ser referência em estudos e pesquisas educacionais no país.²⁷

De acordo com o *site* da fundação, o relatório recomendou o treinamento médico padronizado e composto por educação em ciências biomédicas combinada com a prática clínica em hospitais acadêmicos. Esse relatório foi enaltecido no ocidente como modelo para a consolidação da cientificidade da formação na área da saúde, no qual ao médico é dado um lugar de destaque. Posteriormente, resultou na requisição da fundação para a realização de estudos nas escolas de engenharia, na formação de professores do ensino público americano, odontologia, direito, entre outras.

O “Relatório Flexner”, que apontou como problema a grande variação nos requisitos de admissão nas escolas, dos currículos, das instalações, dos métodos de avaliação e requisitos de graduação, foi elaborado no contexto em que a indústria farmacêutica estava em ascensão. Pautava a constituição da educação em saúde a partir de bases biológicas, orientada pela especialização, pela experimentação e centrada no ambiente hospitalar.

O sentido “público” do ensino médico deveria se dar pelo viés da filantropia. O que tem confluências com a pressão das corporações médicas e do grande capital sobre as instituições de ensino e governos para implantação e extensão da medicina científica que vinha se criando (PAGLIOSA; ROS, 2008, apud SILVA; CASTRO, 2020).

A experiência da residência médica, considerada “padrão ouro” de especialização, logo após o seu surgimento se expandiu para o restante dos EUA e outros países. No Brasil, data de 1944, mas só foi em 1977, através do Decreto Federal que criou a Comissão Nacional de Residência Médica, que foi regulamentada.²⁸

O primeiro programa, vinculado ao departamento de ortopedia da Universidade de São Paulo, surgiu no contexto identificado por *flexnerização* da saúde no país, fruto do esforço de “modificar a tendência liberal do Estado brasileiro” no que concerne à educação superior nas profissões de saúde, regulamentar a educação formal e dar cientificidade a essas formações (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Compreende-se, em acordo com Carvalho e Ceccim (idem), que uma formação centrada na estrita incorporação de procedimentos “de ponta”, de novidades tecnológicas e farmacológicas, isolada do cotidiano dos serviços, da gestão e norteada por uma compreensão

²⁷ Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Disponível em: <https://www.carnegiefoundation.org/about-us/foundation-history/>. Acesso em 05 jan. 2021.

²⁸ Decreto Nº 80.281 de 05 de setembro de 1977.

da doença unicamente pela história natural das patologias infecciosas ou não transmissíveis, em detrimento dos sentidos do adoecimento, leva a estudantes interlocutores passivos, coadjuvantes no seu processo formativo e que “‘despencam’ nos serviços para serem protagonistas do cuidado, terminam capturados pelo eixo recortado-reduzido corporativo-centrado” (idem, p. 22).

O “despencar” nos serviços reflete a realidade do residente, em geral recém-formado, estudante passivo, fruto da “colcha de retalhos” que, no geral, virou a formação em saúde, costurada a partir de uma concepção de corpo destituída de alma e fragmentada, desarticulada de outros corpos, de comportamento explicado cientificamente pelas ciências naturais (idem).

Esse residente, que é fruto de uma educação baseada na pedagogia da transmissão, se insere no cotidiano de trabalho assumindo responsabilidades pela operacionalização e aprimoramento de técnicas que receberam, sem fundamentações mais amplas sobre o desenvolvimento de uma atenção em saúde pautada nas necessidades sociais, econômicas e culturais, bem como sem acúmulo teórico-político sobre o contexto e finalidades da instituição.

A expansão das residências médicas no Brasil data das décadas de 1960-1970. Contexto no qual as operações comerciais, financeiras e industriais das grandes corporações no Brasil, que são características do capitalismo monopolista e que foram intensificadas desde os anos 1950,²⁹ adquiriram caráter estrutural (BEHRING, 2008, p. 103).

Com o capital financeiro determinando as ações do Estado brasileiro, potencializou-se ainda mais o desenvolvimento do complexo médico-industrial no país. As instituições de prestação serviços privados, a indústria farmacêutica e equipamentos médicos estabelecem com o Estado uma relação de fornecedor e “fiel clientela” (LUZ, 2013).

A estratégia de ampliação do “mercado consumidor de saúde,” através do incentivo à medicalização e dos atendimentos também nos serviços públicos contribuiu para a generalização da demanda social por consultas médicas entre 1968 e 1975, em resposta às graves condições de saúde. Essa expansão se deu sob o reforço da ideia da medicina como sinônimo de cura e restabelecimento da saúde individual e coletiva.

A adequação ao capital internacional exigiu reformas no âmbito da educação superior e uma das implicações para o ensino em saúde se deu através da aprovação da Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968, que estabeleceu as normas para a formação nessa área e a sua articulação

²⁹ Após a Segunda Guerra Mundial, nos anos 1950, a atenção médica passa a se inserir cada vez mais em áreas da vida de forma especializada e fragmentada. Com as modificações nas áreas de apoio, diagnóstico e da terapêutica, nos países desenvolvidos, a indústria farmacêutica e de insumos hospitalares se consolida como um importante ramo da economia e que se fortaleceu na década de 1970 (Bravo, 2013).

com as escolas médicas. Privilegiou-se o estabelecimento de uma formação direcionada à atenção médica especializada, hospitalar e com alta densidade tecnológica, para o qual a residência médica tornou-se indispensável (SILVA; CASTRO, 2020 p. 58,).

Essa modalidade é reconhecida como ideal à formação médica e em 1970, por meio do Parecer 576, do Conselho Federal de Educação e com o Decreto 80.281/1977 foi regulamentada como “treinamento médico.” Em 1981, com a promulgação da Lei 6.932, de 07 de julho de 1981, a residência médica foi instituída como uma modalidade de pós-graduação no formato especialização e alterou-se de “treinamento médico” para “treinamento em serviço”.

A Lei 6.932/1981 instituiu ainda a equiparação do valor das bolsas, a carga-horária de sessenta horas semanais, distribuídas entre 10 e 20% de atividades teórico-práticas, da sua carga-horária total, o máximo de vinte e quatro horas de plantão, com um dia de descanso semanal e trinta dias de descanso por ano de atividade.

Silva e Castro (2020) apontam alguns estudos que já sinalizavam a residência médica como uma oferta de oportunidade de trabalho de baixa remuneração, com carga-horária extensa e atividades intensas de prestação de serviços à instituição, em detrimento de uma proposta de formação.

Os estudos levantados pelas autoras sinalizam também os impactos da residência para a saúde dos profissionais recém-formados, seja pelo conjunto das responsabilidades assumidas, o gerenciamento dos conhecimentos obtidos em curto espaço de tempo e o stress decorrente da excessiva carga assistencial, privação do sono, qualidade do ensino; stress também do âmbito da singularidade desses sujeitos, decorrente de suas questões pessoais e familiares, dentre outros (idem).

Também foi pontuada como uma dificuldade a comunicação com “pacientes” de baixo nível socioeconômico e cultural. No que há concordância com as referidas autoras de que esse aspecto ser considerado uma “dificuldade” revela o “distanciamento histórico posto entre o escopo social, econômico e cultural do médico brasileiro e a população usuária,” bem como a estrita finalidade da residência em formar/especializar o profissional, reproduzindo a cultura médica autocentrada, e não como uma estratégia direcionada prioritariamente ao atendimento das necessidades em saúde (SILVIA; CASTRO, 2020, p. 61).

Da mesma forma que essas considerações sobre o projeto da ditadura empresarial-militar³⁰ para a educação e seus rebatimentos na residência médica, também são fundamentais

³⁰ Ao tratar do significado da ditadura empresarial-militar (1964-1985), Netto (2008) situa a sua análise em consonância com estudos que a compreendem como inscrita “num mosaico internacional,” em que os golpes de Estado tinham por fundamento a substancial “alteração na divisão internacional capitalista do trabalho” (idem, p.

à apreensão da RMS no Brasil os movimentos antagônicos à adequação ao capital internacional, tendo em vista que a história é movimento, é processo que se realiza por forças sociais em disputa, em suas condições objetivas, e não de forma “etapista”.

Outro relatório, também no início do século vinte, de grande relevância para a saúde coletiva é o “Relatório Dawson.” No documento, publicado em 1920 na Inglaterra, o médico Lord Bertrand Dawson apresentou o que se considera o marco da ideia de Atenção Primária em Saúde (APS) como forma de planejar e organizar os sistemas de nacionais de saúde.

De acordo com Carvalho e Ceccim (2012), no relatório Dawson tem-se que os serviços devem se organizar por níveis de complexidade, descentralizando o cuidado e a educação em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um todo, em detrimento da centralidade nos hospitais.

Carvalho e Ceccim (2012) apontam que o citado relatório se deparou com a farta contrariedade dos médicos, uma vez que impõe limites à prática liberal-privatista e amplia a regulação das demais atividades profissionais, com vistas ao atendimento integral, o desenvolvimento de atividades de prevenção e não só curativas, a recorrência ao médico de formação generalista e voltado ao primeiro nível de atenção.

Embora não tenha sido a referência hegemônica, por decorrência da resistência que encontrou, o “Relatório Dawson” influenciou a constituição do sistema de saúde inglês, no final dos anos 1940, através da APS universal e da concepção de médico generalista (idem).

Ressalta-se que data de 1948 a ampliação do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a considera como expressão do bem-estar, físico, mental e social. O que corroborou para a ampliação das equipes multiprofissionais e para a ampliação de horizontes na educação em saúde.

No Brasil, não foi sem tensões a imposição de um ensino médico cada vez mais desvinculado da realidade sanitária. Esse, intensamente especializado e dependente da sofisticação tecnológica, fundou-se em um processo de cooperação verticalizado para com as demais profissões e autoritário, mercantil e tecnicista no atendimento à população.

16). Entre concorrer com projetos alternativos propostos por setores organizados da sociedade ou garantir a hegemonia de forma antidemocrática, por meio da força e reforçando a condição de dependência, optou-se pela segunda, sob a retórica ufanista da modernização e do desenvolvimento (NETTO, idem). Tem-se um processo de “modernização conservadora”, no qual se deu continuidade do desenvolvimento capitalista “à brasileira,” que não se dá contra o atraso, mas reforçando o traço colonial de atividades econômicas internas pautadas pelo mercado externo.

O descontentamento com o modelo de atenção hegemônico se ampliou no curso da década de 1970. Enfrentou-se uma crise financeira devido ao aumento dos gastos, da demanda, a insuficiente fiscalização e fraudes nos contratos com a rede de serviços privados.

O “milagre econômico” brasileiro deu sinais de esgotamento no período da “distensão lenta e gradual,” proclamada pelo então Presidente Geisel. Processo de distensão esse que, articulado à situação mundial, foi ainda mais tensionado a partir de 1974, em decorrência do choque do petróleo e também da crescente perda do poder de comercialização do café, açúcar e algodão com o mercado internacional.

O pós-1974 não significou uma ruptura com o modelo que privilegiava o “mercado da saúde”, mas foi quando houve mudanças significativas na arena política, com diversos segmentos da sociedade questionando a totalidade da política hegemônica de forma explícita, inclusive o MRSB (SCOREL, 1999).

A abertura política significou um marco no avanço concreto das propostas que vinham sendo debatidas desde os anos 1960 nas universidades, sobretudo no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP’s), que pautava a construção do pensamento médico social brasileiro e uma alternativa ao modelo “hospitalocêntrico”, mas também ao modelo “preventivista.”³¹ Ao dar ênfase aos aspectos político-econômicos da “questão saúde,” o MRSB expôs a determinação do processo saúde-doença em suas particularidades no país.

O MRSB congregava núcleos com diferentes pautas reivindicativas, mas com a mesma linha de atuação. A formação da vertente universitária que iria conformar o movimento se deu a partir dos DMP’s. Do interior dessa base institucional, se ampliou para as residências e pós-graduações, posteriormente chegando às instituições prestadoras de serviços (SCOREL, 1999).

Além da base universitária, composta pelo movimento estudantil setorial e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, Scorel (idem) identifica no início da articulação do movimento sanitário mais duas vertentes: a do Movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica e a vertente da Academia. Nesse contexto, constituiu-se, assim, uma articulação que tinha na sua pauta as demandas políticas e dos movimentos sociais do período, a do ensino em saúde e as condições de trabalho.

³¹ Em “O dilema preventivista” Arouca (1975) desenvolve uma análise do que configura o “preventivismo,” que tem suas raízes na perspectiva da moral higienista. Essa perspectiva, ainda que apresente a influência social no processo saúde-doença e a crítica ao modelo “curativista” de atenção, não visa um projeto de intervenção que tenha no seu horizonte transformações estruturais. Tem-se a perpetuação da ideia de que o domínio da saúde pertence exclusivamente ao profissional de saúde, apto a educar a população sobre práticas cotidianas que ajudam a prevenir doenças, diante de um contexto de vida que está posto. Amplia-se a clientela médica, que passa a ser “todo e qualquer indivíduo em todos os momentos da sua vida” (idem, p. 117).

Nos encontros estudantis passou-se a pautar a necessidade de discussão em torno das questões políticas e sociais na saúde e não só a exposição de estudos científicos. As discussões nesses encontros foram significativas do ponto de vista da ampliação da consciência sanitária e social, transpondo os muros hospitalares e das universidades. Também nesses espaços discutia-se a questão do assalariamento, engajaram-se futuros profissionais em projetos alternativos, bem como pautava-se a formação profissional e as necessárias transformações curriculares.

No que diz respeito ao CEBES, tinha-se por finalidade a *práxis*, que entende como inerente à produção do conhecimento e a ação política, cujo principal meio de difusão do pensamento crítico na saúde era a revista “Saúde em debate”. O CEBES configurou-se como um fundamental aglutinador das denúncias ao modelo hegemônico e como meio de difusão do pensamento médico-social, que considera a saúde em seus aspectos político-econômicos, compreendendo-a, portanto, como componente do processo histórico-social. Com a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, essas tarefas passaram a ser compartilhadas.

A vertente do Movimento de Médicos Residentes e Renovação Médica significou a construção de alianças na categoria contra a perspectiva liberal e ao empresariado do setor, pautando as ideias construídas pelo movimento nos locais de atuação profissional. Esses movimentos incorporaram ao debate as relações de trabalho, a condição de assalariamento, o controle imposto pelos militares e a defesa da construção de sindicatos. Inicialmente, quem estava à frente eram os residentes, que já se colocavam como um movimento trabalhista antes de o Movimento de Renovação Médica ocupar os sindicatos (ESCOREL, 1999).

A vertente acadêmica, além da difusão do pensamento, foi constituída pelos intelectuais orgânicos que refletiam a construção da ideologia que daria sustentação ao projeto contra-hegemônico, alicerçado na visão histórico-estrutural das sociedades, através da transformação do pensamento preventivista em médico social.

No processo de “abertura lenta e gradual,” em 1977, surgiu a primeira modalidade de RMS no país, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), na cidade de Porto Alegre, como Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva.

A experiência tratou-se de um redirecionamento do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde da Escola Murialdo (CSEM). Foi idealizada pelo médico Ellis Busnello, inspirada no modelo inglês de APS e de conformação da ideia de equipe de saúde, para além do binômio médico-enfermeiro, agregando a formação de assistentes sociais, enfermeiros e médicos veterinários (UEBEL; ROCHA; MELLO, 2003).

Contudo, entre 1983 e 1999 a Residência do CSEM permaneceu como programa restrito à formação médica, por decorrência do congelamento das bolsas para as demais categorias profissionais e das condições diferenciadas de trabalho, tendo em vista que em 1981 a residência médica foi regulamentada e teve garantido o reajuste e a equiparação das bolsas dos programas, através da Lei 6.932/1981 (idem).

A proposta integral e multiprofissional do CSEM foi reativada através da Portaria 16/1999 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. No intervalo de tempo entre a primeira RMS e a criação e financiamento de dezenove Programas de Residências em Saúde da Família no ano de 2002 (BRASIL, 2006), as experiências particulares dos diferentes estados do Brasil foram acontecendo.

No Ceará, o Programa de Educação Continuada em Saúde de Sobral – CE teve início em 1997, como uma das estratégias das mudanças políticas administrativas pelas quais o município passou no curso desse ano. Dessas mudanças, surgiu em 1999 o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, organizado e coordenado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), em parceria com a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA).

O propósito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família era o aprimoramento das práticas dos profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde e o desenvolvimento de processos de educação permanente pautados numa pedagogia dialógica e problematizadora (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

Barreto (2014) relata que o Programa da EFSFVS inicialmente contava com a participação de médicos, mas após o posicionamento de associações e conselhos de medicina e outras profissões que não compreenderam a proposta em questão, deu-se a separação entre residência médica e multiprofissional.

No que concerne a essa separação, o processo de instituição nacional da RMS, como demonstra o estudo de Dallegrave e Kruse (2009), foi fortemente tensionada pelo setor médico. No estudo foi analisado o conteúdo de publicações, sobretudo dos veículos de comunicação próprios dessa categoria, contrários à RMS. Constatou-se que os posicionamentos contrários têm por “pano de fundo” interesses corporativos. Seus porta-vozes, em maioria homens, ocupantes de lugares estimados pela profissão, explicitam a capacidade desse profissional em ser a única liderança que, “naturalmente,” dispõe de conhecimentos e habilidades para permitir a máxima integração entre saberes.

A reação em contraposição à residência na área da saúde para outras profissões foi crucial para que na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 fizesse constar que essa institui a

RMS – exceto médicos. Operou-se, assim, uma reinvenção da linguagem discursiva hegemônica de “médicos e não médicos,” para “profissionais de saúde, exceto médicos” (DALLEGRAVE E KRUSE, 2009).

Como já relatado, nos marcos do governo Lula da Silva, em 2003, foi criada a SGTES e nela o DEGES, que foram fundamentais para a instituição da PNEPS em 2004 e, com isso, o reconhecimento da RMS como estratégica para a formação em saúde. Assim como a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS, 2002) e a NOB/RH/SUS 2005, cuja ênfase é a Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS, bem como a atribuição de responsabilidades do MEC.

A Residência Multiprofissional em Área profissional da saúde no Brasil foi instituída pela Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, em acordo com a Lei 11.129/2005, que institui o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS – Art. 14º), cuja organização e funcionamento seriam disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

A Lei 11.129/2005 garante a isonomia nos valores das bolsas de iniciação científica no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e residências médicas, bem como o regime de dedicação exclusiva e a realização sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

A partir de 2005, portanto, teve início o processo de construção das diretrizes nacionais para os programas, as estratégias para a construção da multidisciplinaridade, tendo por princípio o atendimento integral, de composição da CNRMS e a criação do sistema nacional de RMS's. Sem pretensão de esgotá-lo, foram pontuados aqui alguns dos espaços de discussão e marcos normativos ou regulatórios considerados significativos para a pesquisa em tela e que explicitam as contradições que perpassaram a construção dessa modalidade de formação, sobretudo nos governos *petistas*, e os retrocessos na conjuntura posterior.

A oficialização do Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde foi feita pela Portaria Interministerial n ° 2.538 de 19 de outubro de 2006 e no mês seguinte a SGTES/MS, em parceria com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do CNS, realizou o I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.³²

³² Informações extraídas do Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS Exercício 2007/2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1594-relatorio-atividades-cnrms&Itemid=30192>. Acesso em: 26 jan.2020.

O Seminário foi realizado com a proposta de “fomentar a reflexão e estimular o debate com as representações sobre as residências multiprofissionais em saúde” e teve como participantes residentes, coordenadores, secretários municipais e estaduais vinculados aos programas financiados pelo MS, bem como representantes de Conselhos Profissionais da área da saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros.

Em março de 2006 foi realizada a 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com a proposta de “fomentar a reflexão e estimular o debate com as representações sobre as residências multiprofissionais em saúde”.

Na Conferência foram aprovadas dezesseis propostas relativas à RMS e a CNRMS, sendo modalidade de formação legitimada e regulada. No mesmo ano, além da realização dos seminários locais e regionais, foi realizado o II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.

Como significativo à organização políticas dos profissionais diretamente envolvidos nos programas, no ano de 2006 também foi criado o Fórum Nacional de Residentes em Saúde e os Fóruns de Coordenadores, Tutores e Preceptores.

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 estabeleceu as diretrizes para os programas e a composição da CNRMS. Através dessa, também, a carga-horária da RMS foi definida entre quarenta e sessenta horas. Em acordo com Silva e Castro (2020) considera-se um avanço, se levado em conta o histórico dessa modalidade de formação.

Uma vez que estava dada a possibilidade de realização em quarenta horas semanais, o limite de 20% para atividades teóricas teria certa coerência metodológica com um processo de formação que considere o residente como sujeito em formação no e para o trabalho e também na gestão do SUS.

Contudo, a aprovação da Portaria Interministerial MEC/MS 506/2008, sob o argumento de isonomia para com as residências médicas, ao invés de pautar a isonomia reduzindo a carga-horária dessa residência, instituiu sessenta horas semanais para as residências uni e multiprofissionais.

Assim, considerando a manutenção dos 20% de atividades teóricas, os demais 80% significam quarenta e oito horas durante a semana destinadas às atividades assistenciais. Isso vai de encontro ao limite de quarenta e quatro horas estabelecido pela CF/1988, passível de ser extrapolado apenas mediante acordos individuais ou coletivos. Vai de encontro também ao que historicamente tem sido pautando o movimento sindical em torno da redução da carga-horária

de trabalho para quarenta horas semanais (MENDES, 2013, p. 193-194, apud SILVA; CASTRO, 2020).

Portanto, reforça-se o entendimento do aviltamento que significa a carga-horária estabelecida, pois mesmo que o residente se insira nos processos de trabalho em saúde de forma particular, essa particularidade não altera a sua condição de trabalhador. Assim, se os programas se propõem a contribuir para a qualidade dos serviços, tem-se que processos de trabalho intensos e extensos não resultam em ganhos qualitativos.

Em detrimento da finalidade de atender as necessidades em saúde, realiza-se a gestão das demandas de forma equacionada, atuando nas superfícies, sem ações criativas e propositivas. Em nome da rotatividade dos leitos, importa a equação quantidade de usuários atendidos e de alta, para o montante de recursos dispendidos, onde se incluem os custos da força de trabalho.

Outro elemento importante às considerações da pesquisa em tela foi a expansão nacional da RMS em 2010, em decorrência do lançamento do projeto “Implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais” em 2009. O documento estabelece a participação do MEC na coordenação dos programas e do financiamento das bolsas a partir de então, como uma das estratégias do REHUF.

Mioto et. al (2012) ressalta que se de início a RMS era fortemente atreladas à Estratégia Saúde da Família (ESF) e tinha o intuito de potencializar a atenção primária, com o REHUF em 2010 parte dos investimentos do MEC para a Educação em Saúde foram destinados aos HU’s, em detrimento das ações nesse nível de atenção.

Não por coincidência, de acordo com o Relatório de Prestação de Contas Ordinárias Anual da Secretaria de Educação Superior do MEC de 2011, houve o aumento de 188 % em relação ao ano de 2010 das Residências Multiprofissionais nos HUF’s (BRASIL, 2012, p.40).

No estado do Ceará, a ampliação dos programas resultou na implementação da RESMULTI-UFC do HUWC. Além da estratégia do REHUF, também surgiram outros programas de RMS no período como: o Programa de Residência Integrada em Saúde, coordenado pela Escola de Saúde Pública do Ceará, criado em 2012 e inaugurado em 2013; o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/Instituto Superior de Teologia Aplicada, 2014; a Residência Multiprofissional em Saúde coletiva da Universidade Regional do Cariri (URCA), 2017, e a Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), 2017.

A adesão dos HUF’s ao movimento promovido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, do qual resultou a instituição da RMS em 2010, ocorreu sem uma política de integração

e sem debates coletivos em torno da proposta, pois cada instituição formou isoladamente as suas comissões (OLIVEIRA, 2017).

O apoio do Banco Mundial ao REHUF evidenciou que a expansão dessa proposta de formação é permeada por interesses mercadológicos em torno das universidades, hospitais de ensino, centros de pesquisa e Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Vale ressaltar que a instituição da RMS se deu no contexto do fortalecimento do modelo de gestão característico das OS's e a sua expansão nos HUF's coincide com a adesão à gestão da EBSEH.

A fragilidade dos vínculos de trabalho e a racionalidade empregada a partir desse modelo de gestão, como já exposto, é um elemento importante que incide na materialização das residências de forma geral como “a submissão desses profissionais em formação às lacunas funcionais nos campos de trabalho na saúde [...] potencializando a contrarreforma do Estado e gerando recursos humanos para as parcerias público-privadas [...]” (KUSS; LEWGOY, 2019, p. 446).

O esvaziamento da proposta de RMS se intensificou e tem acompanhado o movimento da conjuntura nacional de aprofundamento da contrarreforma do Estado, a partir do golpe de 2015-2016. Cenário esse que tem sido denunciada pelo Fórum Nacional de Residentes, cuja carta aberta do ano de 2020 explicita aspectos significativos da atual conjuntura.³³

A referida carta pontua que a CNRMS está inativa desde 2018, “restringindo o principal acesso a reivindicação de direitos dos residentes de todo o país,” e, mesmo assim, tem acontecido a publicação de editais e bolsas de forma irregular. Dessa informação é possível inferir que a manutenção dos processos seletivos de forma irregular expressa o descaso para com a RMS como uma modalidade de formação e o seu trato como mais uma forma de contrato de trabalhadores em caráter temporário.

A Carta pontua ainda as implicações da Reforma da Previdência para as bolsas dos programas, uma vez que os residentes são considerados como contribuintes individuais pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Através da nova Portaria do Ministério da Economia (914/2020), que atualiza as faixas de cálculo e alíquotas incorporando as novas regras da Reforma da Previdência Social o recolhimento previdenciário sobre as bolsas dos residentes passará de 11% para 14%.

³³ A Carta Aberta de 2020 foi aprovada no dia 10 de fevereiro desse ano, em assembleia com mais de 250 residentes de todo país e publicada aos dias 14. Carta aberta do Fórum Nacional de Residências em Saúde. Disponível em: <http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Carta-Aberta-F%C3%B3rum-Nacional-de-Residentes-em-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

Soma-se a isso a defasagem das bolsas pela inflação acumulada desde março de 2016 (cerca de 15%). A maioria das bolsas é financiada pelo MS e o valor definido, através da Portaria Interministerial MEC/MS Nº 3/2016, foi de R\$ 3.330,43 (três mil trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos).

A primeira vista, o montante pode ser considerado razoável, quando comparado à realidade do mercado de trabalho. Contudo, como a carta bem coloca, além da carga-horária extensa e intensa, via de regra, os residentes não contam com benefícios extras, como vale alimentação ou transporte, por exemplo.

Portanto, reivindica-se o reajuste da bolsa; a redução e requalificação da carga horária sem redução da bolsa; a retomada imediata da CNRMS; a retomada da realização dos Seminários Nacionais e Regionais; a criação da Política Nacional de Residências em Saúde, de forma descentralizada e participativa e reafirma-se a isonomia entre os programas e categorias profissionais como um marco importante para o cuidado em saúde multiprofissional e interdisciplinar, em consonância com o SUS.

1.5 A formação do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde

A título de síntese, é necessário expor a concepção de RMS da qual se partiu na realização da pesquisa em tela. Por questão central tem-se a relação indissociável entre formação e trabalho em saúde, com o intuito de apreender as particularidades dessa modalidade de formação para o Serviço Social de forma articulada ao que pode contribuir para qualificar as ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho.

Tem-se por premissa, em acordo com Castro, Dornelas e Zschaber (2019), que no movimento de avançar sobre a proposta de RMS, tendo por direção os preceitos da Reforma Sanitária, a compreensão mais adequada à conformação de programas condizentes com essa perspectiva é a de apreendê-la nos termos de “formação para o trabalho no SUS” e não de “treinamento,” cuja herança é da formação médica.

Não se trata, pelo exposto na seção anterior, de uma mera mudança de nomenclatura. Essa direção recupera o sentido do trabalho no seu valor de uso, uma vez que visa romper com a racionalidade instrumental e possibilita o processo de ensino-aprendizagem dialogado, que se baseia em construções coletivas entre os pares, os diferentes saberes profissionais, a gestão e os usuários dos serviços de saúde.

É sempre oportuno reafirmar o significado de ser um profissional de saúde na condição de residente, pois o ingresso em um programa significa tornar-se apto a se inserir nos processos de trabalho coletivos em saúde, mas não se tornar um funcionário do quadro de pessoal da instituição. O residente não deve, portanto, suprir as lacunas dos serviços assumindo funções que cabem a quem possui vínculo empregatício.

Com base na experiência como residente na RESMULTI-UFC, permite-se concordar com Closs (2010) que essa modalidade de formação, com todos os entraves à Política de Saúde, oferece aportes para o trabalho interdisciplinar e para o desenvolvimento de ações assistenciais com diferentes enfoques para a atuação no SUS e também em outros espaços nos quais o Serviço Social se insere.

Como já explicitado, compreende-se que a instituição da RMS é fruto do reconhecimento da necessidade da atenção integral, cuja efetivação requisita a incorporação de equipes multiprofissionais e que atuem de forma interdisciplinar, fortalecendo a cooperação horizontal nos processos de trabalho, bem como se constitui como uma das frentes da EPS, diante do desafio de promoção de mudanças na forma de conceber e desenvolver o trabalho em saúde.

O trabalho em equipes multiprofissionais não significa o desenvolvimento de práticas indiferenciadas, diluindo as particularidades de cada profissão. Conforme Iamamoto (2012), a riqueza dessa forma de trabalho é justamente os diferentes ângulos de observação. Esses é que, quando articulados, permitem atribuir unidade às equipes e a produção de respostas mais aproximadas da complexidade das questões sobre as quais se intervém.

Por isso, é fundamental que na formação dos assistentes sociais nos programas de RMS sejam aprofundados os debates sobre competências e atribuições profissionais no contexto de equipes multiprofissionais, de forma articulada ao princípio da integralidade da atenção, para que não haja desvio de funções e também a elevação de determinados saberes em relação aos demais.

A noção de atenção integral, de acordo com Paim (2008), vincula-se originalmente à proposta da medicina preventiva, mas foi reelaborada pelo MRSB, com vistas a ampliar o espectro das ações para além de reformas parciais, que situavam as ações preventivas nos serviços públicos e as demais nos privados. A prática em saúde é apreendida como prática social constituída pela dimensão técnica e também econômica, política e ideológica, na qual as tecnologias presentes não são externas à prática social.

A integralidade aponta para uma perspectiva totalizante do atendimento em caráter contínuo das necessidades de saúde, em detrimento do atendimento descontínuo, fragmentado

e parcial, associando-se a permanente qualificação das políticas sociais, com vistas à “construção de patamares elevados de satisfação dessas necessidades” (CLOSS, 2010, p. 75).

No contexto da alta complexidade, onde são identificados os transplantes, requisita-se a apreensão das condições de vida e trabalho dos usuários e de seus familiares, com vistas à construção de projetos terapêuticos singulares que incorporem a efetivação do sistema de contrarreferência para os demais níveis do SUS e a articulação entre as demais políticas, corroborando para a transformação da cultura hospitalar estrita aos procedimentos médicos e à medicalização.

A leitura que se faz desse espaço é que além do princípio da atenção integral, que possibilitou a ampla incorporação de outros saberes no contexto hospitalar, a formação generalista do Serviço Social, que busca apreender o movimento da realidade recorrendo ao amplo arcabouço teórico das ciências humanas, tem potencial ímpar de contribuir para práticas mais integradas e cuja democracia seja princípio basilar dos processos de cooperação desenvolvidos no trabalho.

Importa enfatizar que a formação generalista não significa uma apropriação eclética desses conteúdos, mas com objetivos e formulações distinta sobre os requisitos teóricos, práticos e institucionais para o exercício profissional. O legado da aproximação do Serviço Social com a teoria social de Marx a partir dos anos 1980, o aprofundamento das desigualdades, bem como o cenário de mobilizações sociais em torno da redemocratização do Estado brasileiro e da conquista de direitos, foram fundamentais para a profissão apreender o seu significado social e redefinir o horizonte da atuação, considerando a sua relação com os usuários, com outras profissões e com as diferentes instituições.

O projeto ético-político dessa profissão vincula-se a um projeto de sociedade radicalmente democrático, que redimensiona a inserção do Serviço Social na sociedade brasileira e estabelece o compromisso com os interesses históricos da massa da população trabalhadora (CFESS, 1993).

A construção de análises em torno da proposta pedagógica da RMS deve partir da premissa de que a direção dos programas, como enfatizam Ferreira, Leal e Marçola (2020), também está relacionada à construção de projetos de sociedade, uma vez que os projetos de educação e os projetos profissionais das categorias que os compõem assim se estabelecem. Requisitam, portanto, uma apreensão que transcenda os limites setoriais das políticas e, por isso, devem ser consideradas as mediações que se entretecem na materialização dessa proposta e não somente o normatizado, o seu dever ser.

Essa questão é apontada por Ferreira, Leal e Marçola (2020) em decorrência do movimento explicitado no início desse capítulo de substituição dos preceitos do MRSB por um debate restrito ao SUS e à Política de Saúde, desconectado das necessidades de transformações profundas da sociedade. O que no contexto dos programas de residência, com base na revisão que fizeram de setenta e uma produções bibliográficas do Serviço Social sobre o tema, repercutiu em algumas análises dos projetos pedagógicos restritas às legislações e, embora apontem a existência de obstáculos, não apontam horizontes.

Questiona-se, ainda, se esse alinhamento estrito ao aparato legal seria uma estratégia para assegurar a aprovação dos programas de residência junto às instâncias burocráticas ou se é o posicionamento construído de forma consciente em torno de um determinado conjunto de princípios (idem, p. 167).

Para o Serviço Social, o desenvolvimento de ações ancoradas no Código de Ética de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão,³⁴ nos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde e nas diretrizes e normativas pedagógicas da ABEPSS pressupõe o conhecimento do aporte teórico que subsidiou a construção desse aparato normativo, uma vez que não se configura como mero “manual da prática”.

Braz (2009) identifica que o projeto ético-político do Serviço Social se expressa por meio das projeções coletivas construídas pelos próprios profissionais, que são a produção do conhecimento no interior dessa categoria; as instâncias político-organizativas da profissão e a dimensão jurídico-política da profissão.

A esses são substanciais os princípios e valores ético-políticos da matriz teórico metodológica em que se ancoram. Essa matriz emana da crítica radical ao capital, “que produz e reproduz miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas.” Também são substanciais os posicionamentos políticos acumulados, as lutas e a organização da categoria, articuladas aos setores mais progressistas da sociedade (BRAZ, idem, p. 7).

A formação dos assistentes sociais no contexto da RMS, portanto, deve ser direcionada ao desenvolvimento das competências e atribuições nos processos de trabalho coletivos em saúde para intervir nas determinações sociais do processo saúde-doença de forma comprometida com o aprofundamento de direitos (ABEPSS, 2018). Essa perspectiva deve nortear o planejamento e a realização das ações que se inscrevem nos três eixos norteadores para a formação do Serviço Social na RMS proposto por Closs (2010).

³⁴ Lei 8.662 de 07 de junho de 1993.

São esses eixos: 01) o ensino em serviço, que diz respeito à formação nos cenários de práticas; 02) as aulas/espços de reflexão teórica desenvolvidos com grupos de assistentes sociais; 03) a pesquisa, a sistematização de saberes e práticas, permitindo adensar o conhecimento e os dados da realidade para subsidiar os dois primeiros, ensino em serviço e reflexão teórica (CLOSS, *idem*, p. 109).

As diferentes ações desenvolvidas em cada um dos eixos da formação acima citados devem ser norteadas por fortalecer a visão ampliada da saúde; a integração de saberes e práticas e a construção de competências compartilhadas na formação em equipe; o protagonismo no processo ensino-aprendizagem-trabalho; itinerário de formação em linhas de cuidado, possibilitando formação integral e interdisciplinar; integração ensino, serviço e gestão; integralidade que contemple todos os níveis de atenção à gestão; monitoramento, avaliação dialógica; integração com a graduação e pós-graduação e cenários representativos da realidade sócio-epidemiológica e necessidades loco-regionais (*idem*, p. 111).

A efetivação dos citados eixos norteadores exige a garantia de condições para planejamento, supervisão técnico-profissional e avaliação sistemática. Para isso, são fundamentais os diversos sujeitos que compõem os cenários de práticas. Além dos residentes, tutores e preceptores de núcleo e área, os trabalhadores dos serviços em geral, coordenadores, docentes, a gestão dos serviços e os usuários.

A Resolução MEC nº 2, de 04 de maio de 2010 dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde.

A implementação de um programa requisita, portanto, uma instituição proponente responsável pelo desenvolvimento e avaliação do projeto pedagógico, a constituição de uma COREMU formada por coordenadores, tutores, preceptores, residentes e representante da gestão local de saúde, bem como a conformação de um Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), que são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP.

Conforme a referida Resolução, a função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo, específico a uma profissão, e tutoria de campo, que é transversal às áreas dos programas, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Em ambas podem-se desenvolver atividades teóricas, teórico-práticas e práticas.

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Deve necessariamente ser da mesma área do residente que está em supervisão.

Reforçar-se, para além dessa caracterização, em consonância com Caputo, Silva e Tristão (2019), que o exercício da tutoria e preceptoria exige que profissionais desempenhem a educação permanente através de estratégias didático-pedagógicas que possam contribuir para o processo ensino-aprendizagem no cenário de práticas. E que esses ocupam lugar estratégico no âmbito dos programas de residência porque dão suporte e direcionamento ao processo formativo.

No que concerne às competências da tutoria e da preceptoria, os artigos 12 e 14 da Resolução n 02/2012 da CNRMS estabelece o que compete a cada um. Ao tutor compete:

I. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa; II. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP; III. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores; IV. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; V. Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde; VI. Participar do processo de avaliação dos residentes; VII. Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; V. Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU (BRASIL, 2012, S.P).

Ao preceptor, de acordo com o artigo 14, compete:

I. 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; II. 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 PP; III. Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução; IV. 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; V. 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; VI. 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 PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário; VIII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão; IX. proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; X. Participar da

avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; VI. Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (BRASIL, 2012, S.P).

O exercício da supervisão sistemática é uma atividade inerente às funções de tutoria e preceptoria e a sua realização conflui com a forma como Guerra e Braga (2009) identificam o exercício dessa atividade no contexto da profissão. A supervisão é apreendida como uma atribuição socioprofissional que expressa as mediações que se entretecem entre trabalho e formação profissional, na qual o ensinar e o aprender são experiências indissociáveis. É um processo, desse ponto de vista, que consiste em:

[...] estimular, provocar, acompanhar e contribuir na capacitação de estudantes e/ou profissionais, equipes e executores e/ou formuladores de políticas, programas e/ou projetos a apreender e interpretar, na conjuntura, a particularidade do fenômeno com o qual trabalham, com a finalidade de analisar e encontrar o modo mais qualificado de operacionalizar a intervenção profissional (GUERRA; BRAGA, 2009, P. 5).

Deve realizar-se com vistas à qualificação dos serviços, com base em decisões democráticas e que potencializem os sujeitos envolvidos. Para isso, é necessário conceber a supervisão em suas funções pedagógicas, socioprofissionais e ético-políticas (GUERRA; BRAGA, idem, p. 2). O que vai de encontro a uma lógica de vigilância, controle e inspeção, na qual o caráter técnico administrativo se sobrepõe ao político-ideológico.

Na perspectiva da autonomia, com base nos valores do projeto ético-político profissional, a supervisão adota uma conotação formativa, daí a necessidade de profundo conhecimento na área, advindo da trajetória do profissional, da sua qualificação teórico-metodológica e de suas experiências, dos objetos, da população, da instituição. Exige a adoção de uma postura investigativa propositiva de ações e estratégias direcionadas ao profissional ou à equipe supervisionada. Nesse âmbito, se evidencia a dimensão política da supervisão e a autonomia relativa do profissional que a realiza, uma vez que ela pode ser conduzida como uma atribuição que estabelece a dependência ou a autonomia dos sujeitos. Assim, há que se reconhecer as forças sociais e políticas que explicitam diversos interesses que mobilizam a supervisão (GUERRA; BRAGA, 2009, P. 12).

Por tudo o que é requisitado ao exercício da tutoria e da preceptoria, evidencia-se o quão as condições objetivas do trabalho em saúde se constituem como entraves a essa modalidade de formação. A natureza dessas atividades, como enfatizam Caputo, Silva e Tristão (2019), desafia a educação permanente, tendo em vista que exige conhecimento aprofundado dos serviços de saúde, em seus fluxos, demandas, público alvo, etc. O que requisita organização, planejamento, momentos de reflexão, discussão e avaliação entre os sujeitos que transitam nos espaços e investimento em formação.

O CFESS (2010), através dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, apresenta como premissa de uma atuação crítica e competente no conjunto das ações

desenvolvidas, sejam essas socioassistenciais, de articulação com as equipes de saúde, socioeducativas, de mobilização, participação e controle social, de investigação, planejamento e gestão e de assessoria, qualificação e/ou formação profissional as seguintes orientações:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

No que concerne ao planejamento, Mito e Nogueira (2016 apud SILVA; CASTRO, 2020) ressaltam que é no ato de planejar que se formaliza a articulação entre as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. O planejamento é elemento central para a organização e avaliação do trabalho da formação profissional.

Considera-se que, além de ser voltado para as atividades no próprio núcleo profissional, devem ser realizados por áreas de atuação e em conjunto com os demais profissionais das equipes. Esse deve considerar também:

A análise institucional e conjuntural, as condições de trabalho, as demandas institucionais e dos usuários, as ações profissionais e os instrumentos a serem utilizados, e a particularidade do processo formativo das residências, que tem vínculo direto entre formação e trabalho (SILVA E CASTRO, 2020, P. 143).

Assim, reafirmar-se o que o CFESS (2017, p. 47) aponta como desafios, que é a necessidade de criação de condições que permitam atividades articuladas entre preceptores e tutores, bem como entre as entidades representativas das profissões e ao Conselho Nacional de

Saúde que pautem acerca dos desafios e da importância da formação em saúde; o reconhecimento da carga-horária e remuneração para dedicação às atividades da RMS e a constituição de uma PEP para tutores e preceptores que contemplem as temáticas que se apresentam no cotidiano dos serviços onde atuam.

No Art. 9º da Resolução n 02/2012 da CNRMS tem-se que o NDAE deve ser composto pelo coordenador do programa, por representantes docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração, com as seguintes responsabilidades:

I. Acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação; II. Assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários; III. Promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS; IV. Estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS (BRASIL, 2012, S.P).

Silva e Castro (2020, p. 147) identificam a garantia do funcionamento do DNAE como um espaço estratégico de interlocução entre as profissões, no qual o Serviço Social pode contribuir pautando alguns dos elementos supracitados que são destacados pelo CFESS (2010). A DNAE é um espaço onde os debates e negociações em torno da proposta de residência evidenciam o acúmulo das profissões da saúde em suas diferentes concepções de trabalho em equipe, do papel do residente e da formação em saúde.

Conforme a Resolução da CNRMS Nº 5 de 07 de novembro de 2014, a avaliação do desempenho do residente deverá ser sistematizada por semestre e ter caráter formativo e somativo, utilizando-se de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores, estabelecidos pela COREMU e deve ser de conhecimento dos profissionais residentes. Aos tutores e preceptores cabe contribuir com a avaliação do PP no que diz respeito aos eixos específico e transversal.

A obtenção de certificado de conclusão de RMS requer, conforme a referida Resolução, o cumprimento integral da carga horária exclusivamente prática do programa, de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária teórica e teórico-prática, da aprovação obtida por meio de valores ou critérios adquiridos pelos resultados das avaliações realizadas no decorrer do programa, cuja nota mínima ou conceito serão definidos pela COREMU em seu regimento interno.

Ao final do programa, o residente também deverá apresentar o TCR individual, em consonância com a realidade do serviço onde foi residente e com orientação do corpo docente assistencial que seja coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU.

Parte-se aqui de uma das percepções pessoais que motivou a realização dessa pesquisa, que é a de que os conteúdos que são sistematizados no contexto da RMS, em sua maior parte, através dos TCR's, podem apresentar contribuições significativas para a qualificação do trabalho e dos processos de formação em saúde.

Pelo que se propõem os programas, é fundamental que esses conteúdos sejam analisados, refletidos e debatidos pelas equipes de saúde, com vistas à “retroalimentação” das práticas desenvolvidas nas instituições e não apenas o cumprimento de uma requisição burocrática dos programas de residência, assim como pelo NDAE, visando aproximar cada vez mais o conteúdo teórico da realidade dos serviços.

De acordo com CECCIM (2007), o esperado de uma avaliação institucional formativa em programas de ensino na saúde é que dela resultem ações de transformação nas realidades e gerem processos coletivos de mobilização em torno de mudanças culturais na educação e na atenção, na direção da atenção integral, da aprendizagem significativa e “inclusividade” da diversidade da vida.

CECCIM (2007, p. 327) aponta ainda que a avaliação é um dos desafios pedagógicos para a formação em saúde para os avaliados e também para o próprio sistema de avaliação, devendo provir de cotidianos vivos e criativos. A sua acreditação pedagógica deve:

- Orientar o desenvolvimento da qualidade educacional e pedagógica;
- Orientar o desenvolvimento dos princípios do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe e da atenção integral;
- Reconhecer elementos e indicadores relacionados às potencialidades formativas locais e esforços de composição de redes intersetoriais e linhas de cuidado;
- Incentivar práticas colegiadas de gestão compartilhada entre corpo docente-assistencial, residentes e gestores das ações e serviços de saúde;
- Efetivar a correspondência entre área profissional da residência (área de concentração) e respectiva política programático-estratégica em saúde;
- Promover a cooperação interinstitucional em rede.

Ainda sobre a avaliação, mas numa perspectiva ampla, que contemple os diversos programas de RMS em nível nacional, considera-se fundamental o levantamento de dados

e a construção de indicadores que demonstrem se essa modalidade de formação tem cumprido não só seu objetivo de formar trabalhadores aptos a atuar nos serviços inscritos no SUS, mas se os egressos da RMS têm se fixado nesse sistema, uma vez que não se tem instituída uma política de incorporação desses profissionais.

A realização de uma política de incorporação dos egressos da RMS é um elemento fundamental ao reforço de sua proposta como formação pelo e para o trabalho, com vistas à qualificação do atendimento das necessidades de saúde dos usuários, em detrimento da lógica de contrato de trabalho temporário, com baixa remuneração e carga-horária intensa e extensa.

A proposta de formação da residência, que se realiza pelo e para o trabalho no SUS, deve ser direcionada pela apreensão do que legitima socialmente o Serviço Social como uma das categorias profissionais que se inserem nos processos de trabalho coletivos em saúde, onde se inclui a atuação em unidades que realizam transplantes.

A RMS deve, portanto, possibilitar ao residente a apreensão das necessidades de saúde que se apresentam como demandas no cotidiano do trabalho e a construção e reconstrução de práticas orientadas pelo Projeto ético-político do Serviço Social e pela plena efetivação do SUS.

No capítulo subsequente buscou-se contextualizar o SNT brasileiro e como tem sido operacionalizado no Ceará, para então refletir as expressões questão social no processo de transplante no Brasil e expor as questões que nortearam a análise apresentada no capítulo três sobre o trabalho do Serviço Social nas equipes de transplante do HUWC.

2 O SERVIÇO SOCIAL NOS PROCESSOS DE TRABALHO COLETIVOS DO TRANSPLANTE

A adesão à RMS pelo HUWC foi identificada nessa pesquisa como fundamental para a organização do trabalho do Serviço Social nas equipes de transplante. Pretende-se aqui apresentar o que subsidiou as considerações expostas no capítulo três relacionadas ao que os conteúdos sistematizados apresentam sobre o trabalho desse profissional nesse contexto.

Identifica-se que na história do Serviço Social brasileiro o cenário de mobilizações sociais em torno da redemocratização do Estado e das conquistas de direitos sociais, foram essenciais para a ampliação do debate no interior da profissão em torno das razões pelas quais foi “socialmente legitimada e legalmente sancionada” (NETTO, 2006, p.17).

Essa profissão foi instituída na década de 1930 estrutural e decisivamente vinculada à fase monopólica do capital, para intervir nas expressões da questão social. O que no Brasil, o “conjunto de condições e relações sociais que lhe atribuem um significado” remete ao desenvolvimento industrial e a urbanização, forjados pelas necessidades do capital internacional, mas também pelo ingresso da classe operária organizada no cenário político (IAMAMOTO E CARVALHO, 2007, p.76).

Foi, sobretudo, o amadurecimento teórico na apreensão da produção de Marx e do campo marxista nos anos 1990, coincidindo com a adequação do Brasil ao receituário neoliberal, que o debate sobre a necessidade de situar o Serviço Social como uma especialização do trabalho inscrito na “produção e reprodução da vida social,” na condição de assalariado, que forneceu subsídios fundamentais para pensar as finalidades da intervenção junto aos trabalhadores e também a sua própria condição nos processos de trabalho coletivos dos distintos espaços sócio-ocupacionais (IAMAMOTO, 2012).³⁵

A constituição de um espaço sócio-ocupacional que requisite a inserção do Serviço Social se fundamenta, portanto, nas condições que possibilitaram o surgimento de um mercado de trabalho para os assistentes sociais e o seu estatuto profissional é dado pelas respostas que a profissão é capaz de engendrar no processo de produção e reprodução da vida social (GUERRA, 2000, p. 22).

³⁵ O amadurecimento teórico do Serviço Social na apreensão da teoria social crítica foi acompanhado por mudanças no Código de Ética de 1986, constituindo-se no Código aprovado em 1993, na regulamentação do exercício profissional, no fortalecimento das entidades representativas (CFESS-CRESS) e no âmbito da formação profissional, com as diretrizes curriculares de 1996.

São espaços forjados a partir de necessidades sociais que se expressam como demandas de acesso aos serviços de saúde, ao emprego, moradia, entre outras, destituídas de seus conteúdos políticos e econômicos e não como necessidades que vêm tanto do capital, que precisa garantir a sua reprodução, como do trabalho, uma vez que a solução desses problemas pressupõe a superação da condição de exploração.

Por partir dessa perspectiva de análise, identificou-se como fundamental tecer as considerações que foram expostas no primeiro capítulo sobre o movimento interno do capital que demandou o surgimento e o crescimento exponencial de uma série serviços, em decorrência das alterações significativas na estrutura do Estado, no sentido de adaptar-se às necessidades expansionistas dos monopólios. Dessa ampliação também se demandou o surgimento de profissionais qualificados a dar respostas às exigências da forma como a vida social passou a ser organizada, onde se inclui o Serviço Social.

O trabalho do Serviço Social no contexto analisado configura-se como uma atividade que se insere em processos de trabalho coletivos em unidades de serviços inscritos na operacionalização da Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, através do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) brasileiro. Situa-se na totalidade que é a Política de Saúde do país e, por isso, é perpassado pelas condições atinentes à materialização do SUS.

As razões pelas quais esse trabalho é requisitado, sob quais condições e como se objetivam as suas atividades foram questões norteadoras fundamentais para a análise proferida. Uma vez que a necessidade de intervenção nas expressões da questão social constitui o fundamento da profissão, apreende-se, em consonância com o debate acumulado por parte da categoria, que essa constitui o elemento estruturador da discussão dos processos de trabalho.

Os processos de trabalho são configurados pelos seus elementos objetivos, uma vez que surgem profissionais para intervir no que se apresenta, por mediações estabelecidas através de ferramentas utilizadas para decodificar as demandas; bem como subjetivas, dada a possibilidade de apreensão das transformações internas pelas quais passam, de forma articulada ao movimento da realidade, e forjar respostas.

Tem-se por premissa que tomar a questão social por elemento estruturador da discussão dos processos de trabalho, embora não esteja no escopo da teoria social crítica, não significa retomar a discussão em torno das situações “social-problema”, mas situá-la na gênese da desigualdade social na forma da sociedade capitalista, atentando-se às suas expressões em contextos particulares (CARDOSO, ET. AL., 1997).³⁶

³⁶ A publicação no caderno ABESS nº 07 de Cardoso et. al. (1997) teve por um dos objetivos elucidar as razões pelas quais nos debates em torno da reformulação das diretrizes curriculares aprovadas em 1996 a questão social

O que norteou as análises em torno das expressões da questão social no transplante que as assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFC refletiram, portanto, foi o acúmulo teórico do Serviço Social sobre o que estrutura essas expressões e que tem consonâncias com a perspectiva construída na década de 1970 pela corrente médico-social latino-americana e pelo MRSB que apreende no processo de acumulação capitalista a determinação fundamental da problemática da saúde.

O debate em torno do processo saúde-doença, considerando a sua determinação social, surge no interior dessa corrente e do MRSB em contraposição ao modelo que naturaliza a doença, mas também indo além do que se aponta como fatores sociais causadores dos problemas de saúde. Considera-se o modo de produção vigente e nele as formas de vida construídas socialmente.

Contudo, a ideia que tem se propagado, embora seja um avanço em relação ao modelo de saúde estritamente biológico, é a perspectiva que é inerente ao processo de flexibilização dos referenciais teóricos do MRSB. Volta-se para as expressões imediatas da questão social, identificadas como determinantes sociais da saúde (DSS) ou “fatores causais”, sem discutir as suas bases fundantes e dinâmica (SOUZA, SILVA E SILVA, 2013, p. 45).

Os estudos em torno dos DSS, principalmente os vinculados aos centros de pesquisa que colaboram com a OMS e, no caso brasileiro, para Comissão Nacional de DSS desde 2006, são refletidos por Souza, Silva e Silva (2013) como estudos que apresentam dados de suma relevância para a redução das iniquidades em saúde, mas se desenvolvem ignorando ou aceitando o aspecto da estrutura social que usurpa o que foi produzido pelo trabalhador, em prol da acumulação de capital, como se os problemas sociais que interferem na saúde da população se dessem estritamente por falta de políticas eficazes.

[...] no tocante à discussão em torno dos DSS – consiste o fato de que a real gênese das mazelas sociais é omitida nas discussões. A análise realizada nos estudos sobre a temática detém-se a um conjunto de fatores como se estes fossem a-históricos, fenômenos isolados e desconsiderando que foram gestados ou, pelo menos, impulsionados no modo de produção capitalista. O que se designa por determinantes sociais, para nós trata-se de expressões da “questão social” – ou de desdobramentos dessas – e, por tal motivo, a ênfase do estudo filosófico e científico em busca da saúde para além dos aspectos biológicos deveria debruçar-se sobre sua base (raiz) material, como a disparadora dos problemas sociais enfrentados pela classe trabalhadora, em suas diversas implicações para a saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, P. 52).

foi tomada por elemento estruturador da discussão dos processos de trabalho. Esta se configura como implícita na crítica da economia política de Marx e Engels, visando instrumentalizar os sujeitos políticos da classe operária em torno das sequelas produzidas pelo modo de produção do capital.

Buscou-se, portanto, contextualizar o SNT brasileiro e como tem sido operacionalizado no Ceará, para então refletir a questão social no processo de transplante no Brasil, entendendo-a como demandas que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde destituídas da determinação do processo saúde-doença no modo de produção capitalista e, a partir disso, expor as questões que nortearam a análise do trabalho do Serviço Social nas equipes de transplante do HUWC.

A contínua investigação do que se apresenta no cotidiano da atuação profissional é o que permite a reafirmação do projeto ético-político da profissão e o da Reforma Sanitária nas ações, por meio de planejamento e avaliação crítica sistemática das práticas desenvolvidas.

Importa destacar que a identificação do que está no cerne dos problemas de saúde da população, por uma perspectiva que vislumbre a superação do capital, não significa a negação das lutas por direitos nos marcos dessa sociedade. A luta por direitos é imprescindível, sob a perspectiva do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro e dos movimentos sociais anticapitalistas críticos, mas direciona-se à busca por condições de vida e trabalho de forma estratégica ao favorecimento das lutas sociais e não ao alimento de ilusões reformistas.

2.1 O Sistema Nacional de Transplantes e a sua operacionalização no Ceará

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o transplante consiste em um procedimento cirúrgico que visa repor um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor), por um órgão ou tecido considerado saudável de um doador, vivo ou falecido (BVS, 2008).

Trata-se de uma definição genérica em torno da lógica desse procedimento, seja ele de rim, fígado, medula óssea ou outros. O que, resguardadas as particularidades de cada um desses, é suficiente para a natureza desse estudo. As competências e atribuições do Serviço Social que atuam junto aos usuários que estão em avaliação para a realização de transplante não têm diferenças substanciais.

Essa consideração não significa negar que seja fundamental que esses profissionais busquem apreender aspectos que singularizam o transplante no qual atuam ou muito menos afirmar que a forma como desenvolvem as suas ações são padronizadas e realizadas sob as mesmas condições objetivas.

Embora os transplantes no Brasil tenham iniciado desde a década de 1960, a configuração do SNT desse país enquanto maior sistema público do mundo e o segundo maior em número de procedimentos realizados, inclusive arcando com os procedimentos e

medicamentos associados a essa modalidade de tratamento, deve-se não só aos avanços em torno das técnicas cirúrgicas e do desenvolvimento das drogas imunossupressoras nos anos 1980, mas, sobretudo, pela constituição de um sistema de saúde que tem por princípio a atenção universal, gratuita e equânime em todos os níveis de complexidade.

Conforme a CF1988, no Art. 199 § 4º, a legislação específica “disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento,” bem como sobre a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados e veda todo tipo de comercialização.

A regulamentação do serviço de transplante no Brasil se deu através da Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a disposição de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. De acordo com a referida Lei, passou a vigorar o consentimento informado, segundo o qual a decisão sobre a doação pertencia aos familiares do potencial doador e também estabeleceu o critério de morte encefálica para constatação da morte.³⁷

Em junho de 1997, com o Decreto Lei nº 2.268, o Ministério da Saúde criou o SNT e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), estabelecendo ainda a forma de distribuição dos órgãos e tecido nas listas de espera e em 26 de outubro de 2000 foi publicada a Portaria nº 1183, que estabelecia a obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade – “doador” ou “não doador” – nas carteiras de identidade e de habilitação, o que posteriormente foi substituída pelo Registro Nacional de Doadores.

Essa medida foi revogada pela Lei 10.211, de 23 de março de 2001, por não encontrar respaldo da sociedade, restabelecendo a obrigatoriedade de consulta à família para a autorização da doação e retirada de órgãos. A Lei também estabeleceu os critérios melhor definidos para a efetivação das doações de órgãos intervivos, sendo que naquelas em que receptor e doador não são parentes próximos ou cônjuges (exceto o TMO), passou a ser exigida autorização judicial para a realização do procedimento.

Os potenciais receptores de órgãos e tecidos devem ser inscritos em lista única de espera e os critérios de elegibilidade são estabelecidos conforme as singularidades dos procedimentos para cada órgão ou tecido, a compatibilidade entre doador e receptor, o tempo de inscrição, bem como os critérios técnicos de urgência.

³⁷ O diagnóstico de morte encefálica no Brasil é definido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina de Nº 1480/97, devendo ser registrado, em prontuário um termo de Declaração de Morte Encefálica, descrevendo os elementos do exame neurológico que demonstram ausência de reflexos do tronco cerebral, bem como o relatório de um exame complementar.

Na sua composição, o SNT dispõe de Coordenação Nacional, Grupo Técnico de Assessoramento da Coordenação, Centrais Estaduais de Transplante, Central Nacional de Transplante, Cadastro Nacional de Transplante, Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO's), Comissões Intra-Hospitalares de Transplante (CIHDOTT's), Bancos de Órgãos e Tecidos e do Registro de Doadores de Medula Óssea.

Segundo a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, o SNT é formado por vinte e sete Centrais Estaduais de Transplantes; treze Câmaras Técnicas Nacionais; quinhentos e noventa e quatro estabelecimentos de saúde; mil quatrocentos e vinte equipes de transplantes; quinhentas e setenta e quatro CIHDOTT's e sessenta e oito OPO's (CNTS, 2020).³⁸

Conforme o Registro Brasileiro de Transplante por Estado (RBT) da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e Tecidos (ABTO), entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020, foi realizado o total de oitenta e cinco mil setecentos e quatorze transplantes no país. No ano de 2020 foi realizado o total absoluto de quatorze mil quatrocentos e noventa e nove transplantes, sendo esse o total de nove mil seiscentos e cinquenta e oito a menos que o ano de 2019, por decorrência da pandemia do novo *Corona vírus* (ABTO, 2020).

A lista de espera nacional para o total de transplantes em dezembro de 2020 estava em quarenta e três mil seiscentos e quarenta e dois inscritos. Desses, novecentos e quarenta e cinco a serem realizados no Ceará. O número de ingressantes na lista durante o referido ano foi de vinte e seis mil trezentos e cinquenta e nove pessoas e a mortalidade dentre as que aguardavam a realização do procedimento foi de duas mil setecentas e nove (idem). Vale ressaltar que os usuários devem ser cadastrados em listas para realizar o transplante o mais próximo possível do seu local de residência.

De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), esse estado conta com sessenta e dois hospitais notificantes cadastrados no SNT/MS, entre públicos, privados e filantrópicos, vinte e três Centros Transplantadores, quatro OPO's e dezoito CIHDOTT's³⁹.

A Central de Transplantes do Ceará foi criada através da Portaria da SESA nº 797 de nove de junho de 1998, em conformidade com a Lei 8434/97. A Central funciona 24 horas,

³⁸ CNTS. Em 2020, transplantes de órgãos realizados no Brasil caem 37%. Disponível em: < <https://cnts.org.br/noticias/em-2020-transplantes-de-orgaos-realizados-no-brasil-caem-37/> >. Acesso em 10 mar. 2021.

³⁹ Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Central de Transplantes do Estado. Disponível em: < <https://www.saude.ce.gov.br/rede-sesa/central-de-transplantes-do-estado-ceara/> >. Acesso em 15 Mar. 2021.

sete dias por semana, na SESA-CE e tem por principais responsabilidades a regulação da lista dos receptores de órgãos e tecidos, receber as notificações de potenciais doadores com diagnóstico de morte encefálica e articular a logística que torna o procedimento possível.

O processo de doação-transplante inicia com a identificação dos potenciais doadores, segue com a realização dos testes de morte encefálica, com a comunicação do óbito aos familiares e com a notificação aos profissionais responsáveis pela procura de doadores (OPO's/CIHDOTT's). Esses devem notificar à Central de Transplantes que inicia a logística da doação com a entrevista familiar para a autorização da doação.

Após a autorização familiar, faz-se a avaliação do potencial doador e os procedimentos necessários. Durante todo esse processo são aplicados os protocolos de manutenção do potencial doador, para que não haja a perda dos órgãos.

A estruturação do SNT se deu perpassada pelo processo de organização das ações no âmbito do SUS e é esse sistema que tem possibilitado, de forma objetiva, novas perspectivas de vida aos sujeitos em condições de saúde consideradas degradantes e com significativo risco de morte precoce. Contudo, a sua organização também tem se dado por interesses do capital em garantir a sua expansão através dos serviços de saúde da alta complexidade.

No conjunto dos registros da ABTO ⁴⁰ são apontadas como principais desafios as dificuldades de efetivação de um número de doações condizente com o de potenciais receptores, resultando em significativa mortalidade nas filas de espera e as dificuldades relacionadas à logística para que o fluxograma de doação-transplante se realize de forma efetiva, considerando a preservação dos órgãos e tecidos dos doadores após o falecimento, o transporte em condições e tempo hábil, o número de equipes e as condições de trabalho.

Pauta-se a necessidade de ampliação das campanhas e ações socioeducativas, através dos diversos veículos de comunicação, o investimento na formação dos profissionais para terem maior êxito junto aos familiares de potenciais doadores, bem como a necessidade de aumento de investimentos em insumos, ampliação das equipes e aprimoramento das condições para a realização de mais procedimentos, visando diminuir os índices de morte em lista de espera.

Referências relacionadas ao investimento na APS, bem como ao fortalecimento de outros programas e políticas como habitação, assistência social, transporte, trabalho e renda, entre outras, cujo não acesso a essas pode acarretar em danos irreversíveis aos usuários, são mencionadas, mas não são enfatizadas como entre os principais desafios do transplante.

⁴⁰ ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. Disponível em: < <https://site.abto.org.br/publicacoes/rbt/> >. Acesso em 14 mar. 2021.

Sabe-se que a educação e a resposta de dúvidas frequentes relacionadas ao processo de doação-transplante é fundamental para contribuir para a redução das filas e dar a possibilidade de melhores condições de vida para quem esse procedimento é a única possibilidade. Contudo, as reflexões sobre a demanda crescente e sobre as dificuldades para a operacionalização dos transplantes devem considerar como fundamental a insuficiência dos investimentos na APS e da garantia dos direitos sociais como um todo.

De acordo com a CNTS (2020) o Orçamento Federal para essa área mais que dobrou entre 2008 e 2019, passando de R\$ 458,4 milhões para R\$ R\$ 1,089 bilhão. Os recursos transferidos para o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos, no período de 2011 a setembro 2020, foram de R\$ 148,1 milhões. O repasse para o custeio do Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, no período de 2014 a setembro 2020, foi de R\$ 67,5 milhões (idem).

Sem a pretensão de ater-se aos números de forma a calcular se a relação custo e benefício tem sido ou não suficiente, importa considerar o fato de que uma leitura do processo na sua totalidade e não de forma a-histórica, reforça um modelo de atenção fragmento, que desconsidera as condições de vida e trabalho dos sujeitos e revela o quão interessa ao mercado da saúde a realização de mais procedimentos dessa natureza, em detrimento das ações de promoção e prevenção em saúde, antes e depois da cirurgia.

Os estudos recorridos para essa pesquisa, bem como as observações das assistentes sociais realizadas no contexto das unidades do HUWC, demonstram que as condições socioeconômicas, sanitárias e culturais em que vivem os sujeitos e a expressiva ausência de diagnóstico precoce evidenciam a persistência de um modelo de atenção curativista e fragmentando.

Por isso, a proposta de refletir o transplante deve ser articulada ao campo da determinação do processo saúde-doença. Não deve ser reduzida aos procedimentos atribuídos aos profissionais diretamente envolvidos na cirurgia, na internação e na prescrição dos esquemas de imunossupressão, incorrendo em uma naturalização da evolução de determinadas patologias, sobretudo quando o agravamento das condições de saúde se dá em decorrência de DCNT adquiridas ao longo da vida dos sujeitos, sobretudo em um contexto socioeconômico e cultural potencializador dessas doenças.

2.2 A configuração do processo de transplante em suas determinações

A totalidade que é o processo de transplante envolve o que antecede os sinais e sintomas das doenças que incorrem na necessidade do procedimento. Ou seja, além da concretização da doação, envolve o que levou a necessidade dessa modalidade de tratamento, bem como o pós-transplante, que é quando os sujeitos terão de custear as condições de vida que lhes são colocadas nesse contexto.

A ênfase no processo e não no procedimento parte da premissa de que, no geral, o quadro clínico dos sujeitos que precisam realizar o transplante não se estabeleceu de forma desconexa ao que tem sido identificado como situação epidêmica, com riscos pandêmicos reais, de DCNT, a partir dos anos 1970 do século XX (LESSA, 2004).

Tratar da complexidade que é o processo de transplante remete à determinação que é própria à estrutura social capitalista como elemento potencializador do adoecimento crônico. A experiência como residente, as sistematizações das assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFC e o debate acumulado pelo Serviço Social no campo da teoria social crítica permitem identificar no campo da determinação social do processo saúde-doença a atuação dessa profissão e, por isso, parte-se dessa perspectiva para identificar as contradições que atravessam a realização do transplante.

As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia incerta, por múltiplos denominados “fatores de risco,” por longo período de latência, pelo curso prolongado, pela origem não infecciosa e por poderem estar associadas à deficiência e incapacidades funcionais. Dentre as de incidência mais significativas, tem-se a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. A OMS estima que essas doenças sejam responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo (MS, 2005).

Conforme o Portal da Saúde do MS (2005), as DCNT são um grande desafio para a saúde da população mundial e o crescimento mais acentuado tem se dado nos países mais empobrecidos. As doenças dessa natureza, quando em estágios avançados, podem requisitar a realização de transplantes.

Em partes consideráveis as doenças que passam a requisitar os transplantes nos quais o Serviço Social do HUWC se insere (renal, hepático e TMO) resultam de quadros clínicos que eram passíveis de regressão ou manutenção, se fossem priorizadas as estratégias de promoção, somadas às de prevenção em saúde, como preconiza o aparato normativo do SUS.

Tem-se, de acordo com a ABTO, que as principais doenças que afetam as funções renais em nível elevado relacionam-se à hipertensão arterial, diabetes, infecção urinária de repetição, cálculo renal, entre outras (ABTO, s.d., p. 5).

Silva, et. al. (2006) destaca, com pequenas variações ao redor do mundo, que entre 70 e 80% das doenças hepáticas são causadas pelas hepatites virais (A, B, C, D, E), sendo as hepatites pelos vírus B e C de maior impacto na saúde pública, pela hepatite autoimune, pelas causadas pelo uso excessivo de álcool ou de medicamentos, assim como pela evolução de tumores hepáticos.

Dentre as indicações para TMO, têm-se as doenças no sangue como anemia aplástica grave (caracterizada pela falta de produção de células do sangue na medula óssea), mielo displasias, alguns tipos de leucemias (tipo de câncer que compromete os leucócitos, afetando a sua função de velocidade e crescimento), mieloma múltiplo, linfomas e também pode complementar tratamentos convencionais como os de leucemia mieloide aguda, leucemia mieloide crônica e leucemia linfóide aguda.⁴¹

Considerando que os agravos das principais doenças que levam à realização de transplantes são passíveis de controle e até regressão, se a promoção da saúde, somadas às estratégias preventivas, fossem priorizadas, o SNT não estaria operando como parte constitutiva do que Maia (2019) identifica por uma “abordagem na saúde pública direcionada a inversão da lógica do SUS”.

A relevância das ações de promoção da saúde é que essas vão além de uma aplicação de técnicas e normativas para o controle de determinadas doenças, uma vez conhecidos os seus funcionamentos, como se configuram as ações preventivas que também são fundamentais. Pressupõe a ideia de aumentar a saúde e o bem estar geral, independente da iminência de doenças, fortalecendo a saúde por meio da construção da capacidade de escolhas. Implica, portanto, mudanças radicais nas formas de articular e utilizar o conhecimento na formulação das ações, o que requer a confluência com outra forma de visão de mundo (CSZERIANA, 2009, apud MAIA, 2019, p. 20).

Dentre o que tem sido considerado por “fatores de risco para DCNT” e que levou a estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT brasileiro, além do envelhecimento da população, diz respeito principalmente ao campo dos hábitos e comportamentos como: dieta, sedentarismo, dependência química de tabaco, álcool e outras drogas.

⁴¹ INCA. Tratamento do Câncer. Transplante de Medula Óssea. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tratamento/transplante-de-medula-ossea> >. Acesso em: 14 mar. 2021.

O MS estabeleceu como prioridade a “implementação de políticas promotoras de modos de viver saudáveis”, dando ênfase na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ao que propôs a OMS, que é o estabelecimento da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde e a prevenção do tabagismo (MS, 2005, p. 44).⁴² Considera que é sobre esses hábitos e comportamentos que as ações preventivas podem surtir efeitos positivos no país.

Pontua-se, também, a necessidade de viabilização do acesso à saúde, o fortalecimento dos serviços prestados na APS e de ações intersetoriais que impactem na renda e nas condições sanitárias de vida da população. Contudo, o que também é fundamental evidenciar, ao se referir às DCNT, é a relação entre a lógica como a produção material da vida se realiza nessa sociedade. Pois é a lógica mercantil e expansionista do capital que se configura como obstáculo ao acesso aos bens e serviços identificados como condição para que os sujeitos tenham saúde.

Uma PNPS para ser efetiva não se realiza se não for refletido o papel da indústria de alimentos ultraprocessados (biscoitos recheados, “salgadinhos” de pacote, refrigerantes e *fast food*) e do agronegócio para o que vai à mesa da população, bem como as suas interferências em estudos científicos, por exemplo, (CAIVANO, ET. AL., 2017; WAISSMANN, 2007).

Não ignora os efeitos das ações sistemáticas pelo viés do “paradigma proibicionista”, que rege a atuação dos Estados em relação ao consumo de substâncias psicoativas (FIORE, 2012); a relação entre as doenças relacionadas ao trabalho, dentre essas a “Síndrome de Burnout” (estresse ocupacional), que constitui fator de risco para o desenvolvimento de algumas doenças crônicas, e a forma de exploração do trabalho no capitalismo (SILVA, 2019); entre outras condições subjacentes aos denominados fatores de riscos que são atribuídos quase que estritamente aos hábitos e escolhas individuais.

Quando na necessidade de realização de transplantes, a PNPS não deve ignorar a desigualdade do perfil de receptores, como demonstra a pesquisa de Marinho, Cardoso e Alexandre (2011), publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que conclui que a população negra é mais doadora que receptora de órgãos e tecidos e a associação desses dados à falta de acesso aos serviços de saúde, sobretudo da alta complexidade.

A pesquisa observa, a partir de estudos internacionais, que em alguns países com expressivo número de transplantes uma das explicações para a insuficiência de doações compatíveis com as minorias raciais seria a origem étnica. O que não se aplica ao caso brasileiro, tendo em vista que a maior parte da população é composta por pessoas não brancas

⁴² A Vigilância Epidemiológica de DCNT é uma das frentes de atuação da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, criada em 2003 (MS, 2008).

(51, 5%, considerando o somatório de pretos, pardos, amarelos e indígenas) e é essa população que configura a maior parte dos potenciais doadores por decorrência de mortes por causas externas (58, 22 %), sendo 83, 43% desses homens e 16, 49% mulheres (idem).

Deve-se considerar, também, a subnotificação como um desafio fundamental, tendo em vista a mortalidade dos sujeitos antes de tornarem-se potenciais receptores. Os usuários que dispõem de planos de saúde podem realizar consultas e determinados exames exigidos como requisito para inscrição na lista através rede privada. Os que dependem do SUS têm que lidar com a disponibilidade ou não de exames mais complexos nos seus locais de origem ou com as condições de agendamento em tempo hábil de consultas e outras requisições.

Com relação às desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, o estudo de Soares, et. al. (2020) apresentou que dos cento e cinquenta e três centros de transplante identificados no ano de 2017, apenas 11% eram localizados nas regiões Norte e Centro-Oeste; somente as regiões Sul e Sudeste realizam todas as modalidades de transplantes de órgãos sólidos.

São Paulo, no período da pesquisa, concentrava 66% dos transplantes do país; as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior número absoluto de usuários em diálise ⁴³ pelo SUS, reforçando a relação do adoecimento com as condições socioeconômicas na doença renal crônica e com o acesso ao transplante renal, tendo em vista que esse é considerado mais vantajoso do que o tratamento dialítico em termos de custo-benefício para o sujeito e para o sistema público. Por último, concluem que:

Essa distribuição desigual acarreta em alguns problemas relacionados ao acesso a esse tratamento por parte de pacientes de algumas regiões. É o caso, por exemplo, dos residentes na região Norte, que enfrentam dificuldade no diagnóstico e tratamento para doenças de base ou mesmo para hemodiálise, favorecendo o agravamento da situação de saúde. Além disso, Mato Grosso, Amazonas, Amapá e Tocantins se encontravam com lista de espera zerada, quando da conclusão deste manuscrito, provavelmente não por ausência de demanda [...] e sim pelo fato de não haver serviços de transplante credenciados [...], gerando subnotificação das necessidades de saúde (SOARES, ET. AL., 2020, P. 7).

Tendo em vista que o pós-transplante consiste não só na recuperação imediata, mas estende-se ao longo das vidas dos sujeitos, esses terão de ir às consultas ambulatoriais de forma sistemática, realizar exames, fazer uso contínuo de imunossupressores e outros medicamentos ou tratamentos, se prescritos, de acordo o quadro clínico específico. Em média, entre os três e

⁴³ De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a hemodiálise é um procedimento através do qual a máquina limpa e filtra o sangue, substituindo a função renal que se encontra comprometida. Dependendo da situação clínica, o tempo de diálise de um sujeito pode variar entre três e cinco horas por sessão e pode ser feita em entre duas vezes por semana e até diariamente. Hemodiálise. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <<https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em 20 mar. 2021.

seis primeiros meses do procedimento, as consultas ambulatoriais ocorrem semanalmente. Posteriormente, são mais espaçadas, conforme critério médico.

Com isso, tem-se a necessidade de que não faltem as medicações nas unidades de saúde onde são cadastrados, independente de onde os usuários estiverem; o custeio de transportes, hospedagem e diárias de alimentação, durante o tempo que precisarem permanecer ou retornar à cidade onde realizaram o procedimento; acesso aos benefícios da Política de Assistência Social e Previdência; condições de moradia consideradas salubres; rede de apoio sociofamiliar; trabalho condizente com a sua condição; acesso a tratamentos para dependência química, quando necessário; condições financeiras para a manutenção de uma alimentação adequada; que permaneçam em acompanhamento na APS, entre outras.

Essas demandas se apresentam ao Serviço Social de forma recorrente antes ou depois da cirurgia, nos ambulatórios ou nas enfermarias. Destituídas de seus fundamentos políticos e econômicos, o desvelamento dessas é que possibilita a qualificação das respostas profissionais, inclusive quando são questionados por outros sujeitos no cotidiano do trabalho sobre a razão de o Serviço Social “ainda não ter conseguido a casa, o transporte, a presença dos familiares”, entre outras que extrapolam a capacidade de iniciativa do profissional.

A forma como a determinação social do adoecimento crônico se apresenta para o Serviço Social no contexto das unidades de transplante evidenciam o que Costa (2000, p. 62) identifica como sendo a forma como o assistente social tem se inserido no SUS. Esse passa a ser o “agente de interação ou elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e as demais políticas sociais setoriais”, de forma que o seu principal produto é assegurar a integralidade das ações – pelos caminhos mais tortuosos – assegurando o elo “perdido” com a burocratização das ações interna e externamente, entre a Saúde e as demais políticas (idem).

Costa (2000) afirma ainda que essa constatação revela que a legitimidade da profissão no âmbito da Política de Saúde tem se dado “pelo avesso”, pois sua utilidade tem se estabelecido nas contradições fundamentais da própria política e, particularmente, da efetivação do próprio sistema.

Uma vez que a questão social se expressa de diversas formas, concorda-se com Costa (2000) e com Matos (2017) que é a reflexão em torno dessas e recomposição das atividades, finalidades profissionais nas situações concretas do cotidiano que permite a apreensão da particularidade do trabalho do Serviço Social nos serviços de saúde e nos distintos espaços, ainda que o fundamento dessa profissão seja o mesmo e o que realiza no cotidiano do trabalho em saúde não seja fruto de um conhecimento ou de habilidades restritas à atuação nos serviços dessa natureza (MATOS, idem, p. 65).

Outro ponto a ser considerado é que as reflexões construídas junto ao Serviço Social do HUWC durante a experiência como residente em equipes de transplante, bem como as leituras em torno dessa temática, contribuíram para a percepção da tensão entre a forma de organização da Política de Saúde a partir do SUS e da reprodução de uma lógica de atenção organizada por uma cooperação vertical subsidiária ao saber médico.

Reafirma-se a percepção, portanto, do que Costa (2020) reflete sobre as tensões que perpassam a organização do SUS expostas no primeiro capítulo: o reforço da lógica de cooperação vertical, que secundariza a atuação dos outros profissionais, os colocando como meros subsidiários da prática médica. Isso se constitui como um obstáculo fundamental para a materialização da atenção integral.

No contexto do transplante tal questão se evidencia quando as ações e a identificação dos desafios que o envolve colocam em relevo a logística em torno do binômio doação-transplante, que são os procedimentos relativos à remoção-enxerto dos órgãos e tecidos, em detrimento de outras ações fundamentais para que um tratamento dessa natureza tenha êxito.

A reflexão em torno do trabalho do assistente social nas equipes de transplante, portanto, requer considerar como historicamente o Serviço Social se inseriu nos processos de cooperação do trabalho em saúde, bem como a forma com que as tensões que envolvem a organização das ações no âmbito do SUS perpassam o modo como esse trabalho tem se concretizado nas equipes das unidades que prestam serviços no interior desse sistema.

2.3 O Serviço Social nos processos de trabalho coletivos em saúde no Brasil

No contexto brasileiro, a consolidação do Serviço Social e a ampliação da sua inserção na saúde teve início a partir de 1945, de forma substancialmente relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no país e às mudanças relativas ao contexto internacional do pós 2ª Guerra Mundial (BRAVO; MATOS, 2009).

Bravo e Matos (idem) também destacam que a ampliação do conceito de saúde elaborado por organismos internacionais na década de 1940, que apreendia a relação entre os aspectos biopsicossociais no processo saúde-doença, requisitando a conformação de equipes multiprofissionais, contribuiu para a maior inserção do Serviço Social nesse âmbito.

De acordo com Bravo e Matos (2009), embora as ações integrais e preventivas estivessem configuradas desde os anos de 1950 e 1960 e os Centros de Saúde criados desde

meados da década de 1920, os assistentes sociais brasileiros não foram absorvidos por esses espaços senão a partir de 1975.

Como destacado no capítulo um, a década de 1940 também foi o período em que a saúde no Brasil caracterizou-se pelo processo de *flexnerização*. A priorização da assistência hospitalar, a ampliação dos gastos com assistência médica pela previdência social e a não universalidade do sistema exigiam profissionais para lidar com o caráter excludente e seletivo da atenção, dando respostas às contradições que se apresentavam como demandas nos serviços. Essas são identificadas por Bravo e Matos (2009) como possíveis razões para a inserção mais ampla do Serviço Social nos hospitais e ambulatórios.

Sobre essa inserção Matos (2017) identifica que, assim como outras profissões, os assistentes sociais se inseriam no trabalho em saúde exercendo função denominada de paramédica, como eram identificados os outros profissionais que atuavam na área, num processo de cooperação vertical direcionado por aperfeiçoar o trabalho médico, conforme o que lhes era delegado.

O “Serviço Social médico” atuava numa direção diferente das dos campos de inserção que tiveram influências da ideologia do Desenvolvimento de Comunidade, centralizando a intervenção por casos, com vistas ao engajamento da “clientela” no tratamento, quando o DC estimulava e viabilizava a participação popular nas instituições e programas de saúde, por uma perspectiva desenvolvimentista (*idem*).

No pós 1964, a modernização conservadora exigiu a renovação no Serviço Social, sobretudo por decorrência das novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora por parte do Estado. Essa profissão integrava o processo de desenvolvimento sem questionamentos em torno da estrutura social e política, tendo por finalidade dar respostas às novas demandas de forma estritamente submetida à racionalidade burocrática.

Bravo e Matos (2009) sinalizam que as influências da modernização sedimentaram ações baseadas em práticas curativas, enfatizando as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a burocratização das concessões de benefícios. O que foi profundamente questionado nos marcos da ascensão dos movimentos políticos em torno da redemocratização do Estado brasileiro, que se fortaleceu a partir da década de 1970.

O horizonte construído pela categoria na confluência das mobilizações sociais do período, sobretudo com os movimentos que pautavam a necessidade de transformações estruturais, exigia a construção de respostas às expressões da questão social que fossem de encontro ao projeto hegemônico e foi o que resultou nas alterações significativas no ensino, na

pesquisa, na regulamentação da profissão e na organização políticocorporativa desses profissionais (IAMAMOTO, 2009).

Ainda que esse movimento de revisão interna sobre o significado social da profissão tenha se dado sem articulação direta com as discussões coletivas do MRSB, o referencial teórico aderido, o compromisso estabelecido com a luta em defesa dos trabalhadores, com a liberdade, democracia, com a igualdade e justiça social são evidências das suas confluências.

Foi, portanto, o debate em torno do significado social da profissão, que apreende os seus fundamentos a partir de como se estabelecem as suas requisições e como são construídas as suas atribuições e competências na história, que o Serviço Social passou a refletir o projeto societário que as ações profissionais de caráter seletivo, psicologizante e fiscalizatórias reforçavam.

Contudo, conforme Bravo e Matos (2009), se a partir da década de 1980 o Serviço Social consolidou a sua fundamentação teórica, essas mudanças pouco se refletiram no âmbito da intervenção. O que ainda constitui um desafio da profissão também no âmbito da saúde, que é o campo de atuação que mais emprega assistentes sociais.

Tendo em vista esse desafio, reforça-se a relevância das discussões em torno da construção das propostas de diretrizes curriculares do curso de Serviço Social do ano de 1996, que buscaram potencializar a investigação e a produção científica a partir de situações do cotidiano do trabalho, através do manejo dos instrumentais de forma articulada aos referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos construídos e da sistematização de reflexões em torno das práticas desenvolvidas, para além da descrição das tarefas, rotinas e respostas imediatas.

A busca por retomar o debate técnico-operativo no âmbito da categoria de forma articulada ao acúmulo teórico da teoria social crítica contribui para identificar que os projetos de sociedade em disputa que atravessam os distintos espaços não são mero “pano de fundo” do exercício profissional (IAMAMOTO, 2012).

No âmbito da saúde, o aprofundamento sobre as atribuições e competências profissionais no cotidiano da intervenção nesses espaços corroborou para a construção dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), entre os anos de 2008 – 2009 e publicado em 2010, após ampla discussão com a categoria em todo o Brasil.

O documento se propõe a referenciar a intervenção dos assistentes sociais na saúde, sendo essa intervenção fruto de demandas identificadas pelos profissionais, requisitadas pelos usuários ou pela instituição, em todos os níveis de atenção, considerando que a atuação nesses

têm particularidades, mas, quando se trata de atribuições privativas, as ações são comuns a todos (*idem*).

Uma vez que se tem o objetivo de analisar o trabalho profissional em um determinado contexto, de forma referenciada pelo projeto ético-político do Serviço Social, a apreensão das requisições e respostas profissionais construídas no cotidiano é fundamental, considerando o acúmulo da categoria no âmbito da saúde.

O que resulta desse acúmulo deve se expressar na formação profissional e no trabalho em si, por isso a recorrência aos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (*idem*) tanto para pensar a intervenção, mas também a direção da formação do Serviço Social na modalidade de residência.

Reitera-se que os documentos que norteiam a profissão não devem ser apropriados como manuais da prática. Esses são subsidiados a partir do que se acumulou na dinâmica da realidade e são passíveis de debates, revisões e alterações, também considerando as transformações pelas quais passa a sociedade.

2.4 Subsídios para a análise do Serviço Social nos processos de trabalho coletivos do transplante

Considerando a complexidade do processo de transplante e as diversas instâncias no qual se realiza, o Serviço Social pode se inserir nas diferentes dimensões da sua totalidade, a exemplo das CIHDOTT's, OPO's e Secretarias Estaduais, no atendimento às famílias dos doadores, nos processos de orientação e encaminhamento dos sujeitos para essa modalidade de tratamento nos níveis primário e secundário da atenção, bem como nas condições apresentadas nessa pesquisa.

A dimensão do trabalho analisada diz respeito a uma atuação do assistente social que integra os processos de trabalho desenvolvidos por equipes multiprofissionais junto aos usuários que são potenciais candidatos ao transplante (em fase de consultas e exames requisitados para inscrição em lista de espera), potenciais receptores (que são os usuários já inscritos em lista) ou que estão em acompanhamento após a realização de transplante, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores.

Os principais cenários de práticas do Serviço Social nos transplantes no HUWC são os ambulatórios, as enfermarias e gradativamente a sala central do Serviço Social foi deixando de

ser lócus do atendimento de demandas espontâneas dessas unidades, salvo nos plantões de finais de semana ou feriados, uma vez que não há expediente nos ambulatórios nesses dias.

Conforme exposto no capítulo um, os processos de trabalho coletivos em saúde são constituídos pelas formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e de cooperação horizontal (expansão dos subsistemas de saúde), que se realizam a partir da rede de atividades, hierarquias, funções e especialização profissionais (COSTA, 2000).

Esses se desenvolvem na tensão entre a exigência de novas formas de organização do trabalho em saúde, com vistas à implementação do SUS e as necessidades de expansão próprias do capital através dos serviços prestados no âmbito do Estado, para a qual a reprodução de uma lógica de atenção organizada por uma cooperação vertical subsidiária ao saber médico historicamente foi satisfatória.

Portanto, o trabalho do Serviço Social no contexto analisado se realiza a partir das condições impostas à organização dos processos de trabalho em unidades de serviço público de alta complexidade prestado por um HUF, gerenciado por uma empresa pública de direito privado, bem como a partir do que foi acumulado pela profissão em termos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, mediados pela maior ou menor autonomia profissional e capacidade de articulação com outros sujeitos coletivos, além de suas entidades profissionais, como enfatizam Almeida e Alencar (2015).

Com base na experiência como residente e no que os conteúdos analisados sinalizam, a atividade do Serviço Social da qual as demais são desdobramentos é a realização de avaliação e emissão de parecer relacionado ao acesso ao conjunto dos direitos sociais que conformam a amplitude do conceito de saúde, bem como que efetivem as articulações necessárias na RAS e entre as demais políticas setoriais para que haja êxito na recuperação durante o pós-transplante imediato e na prevenção à rejeição do enxerto em médio-longo prazo.

Conforme Mito (2001) aprende-se que a avaliação social deve ser realizada através de estudo social, para a qual a emissão de parecer social é um objetivo. Para a realização desse estudo são usados instrumentos de forma articulada, visando à apreensão das condições em que vivem os sujeitos.

O documento que define os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) identifica quatro eixos de atuação do assistente social saúde: ações de atendimento aos usuários, que compreende os subeixos de ações sociassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; de investigação, planejamento e gestão e de assessoria, qualificação e formação profissional.

Considerando os eixos identificados pelo CFESS (2010), a pesquisa em tela buscou identificar como esse trabalho tem se objetivado no cotidiano institucional, que é perpassado por contradições e conflitos que, muitas vezes, se interpõem às competências, atribuições e condições efetivas para a materialização das ações as quais o Serviço Social se propõe.

Nos principais cenários de práticas do Serviço Social observou-se no conteúdo analisado o predomínio de algumas das ações identificadas por Costa (2000) como atividades em que a atuação do Serviço Social está mais concentrada nos serviços de saúde, considerando a realidade que analisa que é Natal – Rio Grande do Norte.

Essas são refletidas no capítulo três, a partir do que foi sistematizado pelas assistentes sociais em torno das práticas desenvolvidas no trabalho. De forma geral, são de natureza emergencial; de educação e informação em saúde e as que se assemelham ao que se identifica por atividades de planejamento, gestão e assessoria (exceto pela não ocupação de cargos de gestão), uma vez que as unidades de transplante são cenários de prática para programas de residência, e desenvolvimento de ações fruto de estudos e pesquisas.

O conteúdo analisado e a experiência como residente permitem a consideração de que as ações de mobilização, participação e controle social são menos frequentes e a construção de um modelo de atenção hospitalar predominantemente biomédico se coloca como um inviabilizador dessas ações. A finalidade do trabalho, por essa perspectiva, é o reestabelecimento do corpo adoecido, de forma estrita aos procedimentos necessários para tal.

As ações de atendimento aos usuários é o que subsidia a avaliação social e o acionamento da referência e contrarreferência no âmbito da RAS e da Rede Socioassistencial e a articulação com as equipes dos transplantes. Considera-se que a dimensão socioeducativa da profissão deve perpassar toda a relação profissional-usuário e família.

Por vezes, a dimensão socioeducativa é interpretada pela categoria como estrita às atividades de dinâmica de grupo e palestra. Contudo, o que as assistentes sociais mencionam sobre o documento dos critérios de avaliação construídos pelo Serviço Social nos transplantes evidenciam a sua compreensão como atravessadoras do trabalho, em consonância com o que é enfatizado pelo CFESS (2010).

Nas tensões que perpassam as requisições e a construção das atribuições e competências do Serviço Social, Costa (2000) identifica como uma das requisições para o trabalho dos assistentes sociais na saúde o atendimento à demanda reprimida, que resulta da própria forma excludente e curativista com que a Saúde se desenvolveu no Brasil. Ou seja, é requisitado para solucionar as lacunas da efetivação do SUS.

Identifica-se que no transplante o assistente social, diante dos usuários em situação de agravo das suas doenças, lida com as consequências da reprodução dessa forma de requisição e tem o desafio de articular os sistemas de referência e contrarreferência para com a RAS e outras políticas setoriais em meio a uma configuração da atenção que vai de encontro à efetivação desses mecanismos.

Em síntese, além da perspectiva da atenção integral estabelecida no aparato normativo do SUS, o que requisita o trabalho dos assistentes sociais nesse contexto é a própria condição de imunossupressão que o tratamento impõe, podendo essa, ao invés de ser suporte para que os indivíduos desfrutem de melhores condições de vida, acarretar em outros danos à saúde, no contexto de uma sociedade profundamente excludente e para a qual o adoecimento é lucrativo.

Dadas as condições objetivas nas quais os sujeitos se encontram, se não realizam o transplante, vão a óbito. Contudo, se realizam sem que se considerem os efeitos disso, a potência do transplante em proporcionar melhor qualidade de vida, caso não seja articulado à efetivação de condições de vida e trabalho adequadas, é invalidada.

Em resposta a essas requisições o profissional de Serviço Social que busca alinhar a sua atuação ao projeto ético-político da profissão e considerando os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), ao emitir parecer sobre a viabilidade do tratamento nos quesitos que lhe compete avaliar, sabe que o seu papel não é reproduzir a lógica da triagem-seleção na forma como foram configuradas historicamente as práticas dessa profissão no atendimento em saúde.

Do contrário, busca fazer dessa condição objetiva na qual os usuários se encontram, cujo acesso à moradia salubre, medicamentos, transporte, renda para o custeio de alimentação, entre outras, são definidores de vida ou morte, a sua linha argumentativa junto a outros serviços da RAS e demais políticas para que haja celeridade em torno dessas providências, bem como para as reflexões junto às equipes sobre a complexidade das situações que se apresentam na instituição.

A exigência de que o acompanhamento do usuário deva se dar em longo prazo pode favorecer ao conhecimento mais aprofundado das suas necessidades e assim desenvolver ações informativas, de mobilização e de caráter socioeducativo que os instrumentalizem sobre os seus direitos.

Para isso, os profissionais devem dispor de instrumentos e técnicas que possibilitem a decodificação das demandas, conforme as finalidades ético-políticas estabelecidas e ter conhecimentos relativos às implicações que o tratamento de saúde pode ter para o usuário.

Os dados obtidos a partir do instrumental técnico-operativo têm o potencial de retroalimentar o trabalho, desde que os profissionais se proponham e disponham de condições de sistematização da prática, para planejar ações com base nas situações refletidas, bem como transcender o cotidiano institucional, consubstanciando estudos, pesquisas e a elaboração de políticas, programas e projetos que vislumbrem a garantia e ampliação dos direitos. Por isso, Matos (2017) enfatiza a importância de a categoria refletir a natureza e a qualidade dos registros profissionais:

Na ruptura com o conservadorismo profissional houve, no Brasil, uma interrupção de publicações sobre a documentação. De fato, a maioria dos textos eram normativos e sem análise dos objetivos do trabalho profissional na perspectiva dos direitos dos usuários. No entanto, o ato de documentação, ou em outros termos, o registro do trabalho profissional, nunca deixou de existir. A lacuna de reflexões sobre isso começou a ser recuperada a partir dos anos 1990 [...] há em comum a importância de se entender a documentação em Serviço Social como componente intrínseco do exercício profissional qualificado e não como uma ação burocrática (MATOS, 2017, P. 119-120).

Nas produções das assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFC as profissionais fazem referência de forma predominante aos registros em ficha social, onde são registradas as entrevistas, como fonte documental de seus estudos e também sendo essa o próprio objeto de reflexão.

A exigência de avaliação e emissão de parecer faz com que a construção de relatórios, fruto da realização de estudo social, também seja um registro construído de forma frequente nesse contexto. Esses, no geral, são destinados à própria equipe e também subsidiam o exercício de contrarreferência para a RAS, o encaminhamento para os serviços de outras políticas, bem como para o sistema judiciário.

As ações também são registradas em livro de ocorrências e nos prontuários. Em ambos o intuito do registro costuma ser a sintetização das demandas, das ações desenvolvidas e um meio de comunicação entre os profissionais das equipes. Por decorrência da RESMULTI-UFC, nota-se a frequência dos registros em diário de campo de uso pessoal por parte das residentes, tendo em vista que a sistematização das ações é requisitada de diferentes formas pelo programa (a exemplo dos TCR's e de trabalhos submetidos à avaliação nas disciplinas).

O diário de campo, como pontua Matos (2017), apesar de ser um mecanismo de registro fundamental para a qualificação do trabalho, historicamente tem sido utilizado de forma predominante por estagiários. O processo de análise desenvolvido para a construção desta dissertação, para o qual o diário de campo forneceu subsídios, permitiu elucidar a importância da construção desse documento para aprofundar o que foi pontuado sobre as situações que se

apresentaram no cotidiano, seja por requisições da instituição, do programa de residência ou da atenção aos usuários do transplante propriamente.

A configuração do Estado sob o receituário neoliberal - que opera na lógica de mercantilização dos direitos sociais, de fragmentação e restrição do acesso, gerando sobrecarga ao sistema judiciário, em decorrência do fenômeno da judicialização ⁴⁴ do acesso a direitos sociais garantidos em Lei - somadas a um padrão de gestão do trabalho em saúde e de sua produtividade fundada na racionalização de recursos, para o qual mostrar resultados em volume de atendimento é fundamental, torna o registro das práticas ainda mais desafiador.

Por isso, a afirmativa de Costa (2000) de que o Serviço Social tem sido requisitado para apresentar respostas relativas às lacunas da efetivação do SUS - sejam essas decorrentes da não garantia da atenção em todos os níveis ou da forma como têm se organizado os processos de trabalho nas instituições - e o reconhecimento de que a operacionalização da Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, através do SNT, tem se dado sob uma inversão da lógica da atenção (MAIA, 2018), são determinações a serem consideradas para que as análises proferidas não sejam interpretadas como culpabilização das profissionais por questões que transcendem as suas visões de mundo, finalidades e capacidades.

Expostos os subsídios para a construção da análise proposta, tem-se no próximo capítulo o que se apreendeu na pesquisa realizada, bem como a sinalização de alguns caminhos a serem traçados pelo Serviço Social do HUWC, diante dos desafios que envolvem a realização de um atendimento à saúde direcionado pelo projeto ético-político da profissão, que conflui para a perspectiva de saúde preconizada pelo MRSB.

⁴⁴ Sierra (2014) faz uma análise do fenômeno da judicialização da política e da questão social, a partir do estudo sobre a importância do Poder Judiciário na consecução dos direitos de cidadania e apreende a expansão do Serviço Social nesse campo como parte desse fenômeno uma vez que as políticas sociais são embasadas nas legislações sociais, elaboradas no objetivo da cidadania e o assistente social é um profissional indispensável na consecução desses direitos. Em síntese, o fenômeno da judicialização resulta da omissão do Poder Executivo no encargo da efetivação de direitos, mediante a execução das políticas públicas e constitui uma expressão da anomia resultante do movimento progressivo de privatização das normas, de precarização do trabalho e de retração dos serviços do Estado.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA INTERFACE FORMAÇÃO E TRABALHO NO TRANSPLANTE

Ao longo do primeiro capítulo foi reiterada a ideia de que a reflexão em torno de um Projeto Pedagógico de residência deve partir do chão histórico onde se materializa. O que significa partir da apreensão dos aspectos estruturais e do “lugar” ocupado pelo HUWC na atenção em saúde no Ceará.

Postas as considerações sobre o *locus* de realização da pesquisa, foram refletidos o regimento interno da RESMULTI-UFC e o documento do PP, atentando-se às expressões dos projetos de saúde em disputa no contexto desse programa, na sua interface com a formação do Serviço Social na atenção em transplante e, em seguida, o que se apreendeu da dissertação de Rolim (2015), sobretudo do que expõe das entrevistas realizadas com a tutora, com duas preceptoras e três residentes dessa categoria sobre a experiência da residência.⁴⁵

No decorrer da exposição das análises dos conteúdos sistematizados pelas assistentes sociais da RESMULTI-UFC torna-se evidente o quanto o Serviço Social avançou na organização do trabalho nas unidades de transplante, seja na compreensão do que são suas competências e atribuições ou na identificação das necessidades de saúde dos usuários, com vistas à construção de respostas direcionadas pela garantia e ampliação de direitos.

Assim, expôs-se o que foi construído de reflexões em torno das expressões da questão social no contexto do transplante, seguido do que se apreendeu das reflexões das assistentes sociais sobre a organização das ações no cotidiano do trabalho nas unidades dos transplantes hepático, renal e do TMO.

Importa ressaltar que, embora a discussão teórica sobre o que está no cerne dos DSS não seja explicitada em todos os trabalhos, as elaborações das assistentes sociais são fundamentadas no acúmulo teórico-metodológico do Serviço Social sobre o que está na raiz da questão social.

Assim, foi possível perceber que a compreensão de que há uma determinação própria a essa estrutura social no processo saúde-doença configura uma ideia implícita em parte dos conteúdos analisados, ao contextualizarem a requisição para que o Serviço Social atue nos DSS. Contudo, considera-se importante que os profissionais de Serviço Social que atuam nos serviços de saúde, sobretudo quando nos espaços de diálogo com outras categorias, façam referências

⁴⁵ Além das três assistentes sociais que assumiram a preceptoría nos transplantes, outra assistente social do HUWC que cumpria os requisitos para assumir as atividades relativas à tutoria o fez, totalizando o envolvimento direto de quatro assistentes sociais com a residência nessa área de ênfase.

às terminologias que perpassam esse campo de atuação, conforme o acúmulo teórico do debate em torno da Reforma Sanitária.

Ainda que o debate em si, quer se dê pela qualificação da determinação do processo saúde-doença ou do que está no cerne do que foi identificado por questão social, não apresente divergências, a apropriação das terminologias próprias ao campo de atuação facilita a construção de pontes de diálogos com os profissionais que têm maior familiaridade com os termos constitutivos do debate da saúde.

Ao longo da exposição do conteúdo dessa pesquisa têm-se algumas reflexões registradas em diário de campo elaborado durante a experiência como residente da atenção em transplante no HUWC, entre os anos de 2014 e 2016.

3.1 O chão histórico da pesquisa

O HUWC, junto com a MEAC, faz parte da rede de HUF's gerenciados pela EBSEH. Quando inaugurado, em 1959, era denominado por Hospital das Clínicas, como até hoje é popularmente conhecido no Ceará. De acordo com Girão (1994), a história da Faculdade de Medicina da UFC antecede a do HUWC, pois teve início em 1947, através da Fundação da Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará e 1948 foi autorizada a funcionar pelo Presidente Eurico Gaspar Dutra.

A Faculdade de Medicina, fundada aos moldes *flexnerianos*, departamental e “hospitalocêntrico,” inicialmente funcionava na Praça José de Alencar, que fica no centro da cidade de Fortaleza, em um terreno doado pelo Estado e com apoio da sociedade cearense. As disciplinas clínicas se realizavam na Santa Casa de Misericórdia, cuja estrutura física, de apoio e diagnóstico terapêutico não dava conta de suportar as necessidades acadêmicas.

Em 1944 o Instituto Médico negociou com o Governo do Estado a construção do Hospital das Clínicas no prédio inacabado do Hospital Carneiro de Mendonça, cujas obras haviam sido interrompidas por falta de verbas. O prédio localizado no então bairro Porangabussu, que atualmente é o Rodolfo Teófilo, é onde o HUWC está localizado até o presente momento.

A primeira parte do edifício foi inaugurada em 1952, sendo essa uma ala de isolamento para doenças infectocontagiosas. Em 1957 finalmente a Faculdade de Medicina foi transferida da Praça José de Alencar para o prédio do HUWC e em 1967 foi para um prédio próximo ao hospital, passando a ter estrutura organizacional própria e melhor definida.

Em 1974 a UFC assinou contrato com a Sociedade de Assistência à Maternidade Assis Chateaubriand – que assumiu a administração do hospital e 1980, passou a ser chamado Hospital Universitário Walter Cantídio em homenagem a um dos seus fundadores (RESENDE, 2012).

É importante frisar a relação que se estabelece entre as políticas de saúde no Ceará no período denominado de “coronelista” (1964-1987) com o contexto nacional, pois o golpe empresarial-militar teve repercussões imediatas nesse estado. Montesuma et. al. (2006) destacam que, devido à política governamental curativista, os Centros de Saúde, de responsabilidade da SESA, foram levados a uma “existência vegetativa, sem investimento e manutenção”, enquanto se priorizava a atenção hospitalar.

Foi um período, portanto, de adequação ao momento político do país, no qual se destaca a prioridade dos recursos existentes, que já eram poucos, para a modernização hospitalar, marcado pelo clientelismo na contratação indiscriminada de funcionários, sem capacitação e com salários aviltantes, bem como pelos gastos com tecnologias e insumos. Um marco importante do período foi a construção do HGF em 1966, que atualmente é um dos centros transplantadores do estado. O que, não diferente do contexto nacional, gerou uma crise sanitária e financeira.

Nesse período teve início os estudos em torno dos transplantes no HUWC, potencializados com a fundação do Centro de Pesquisa em Doenças Hepato-Renais do Ceará (CEPHRECE) em 1976. O objetivo do CEPHRECE era apoiar o ensino e a experiência clínico-cirúrgica e buscar o aperfeiçoamento de técnicas que viabilizassem os procedimentos.

Em 17 de agosto de 1977 foi realizado o primeiro transplante renal do Norte e Nordeste com doador vivo, e, em 16 junho 1988, o primeiro com doador falecido. Tais avanços foram possíveis com as pesquisas relacionadas à identificação prévia de compatibilidade tecidual e presença de anticorpos pré-formados nos receptores contra o doador.

É oportuno enfatizar também que no âmbito do Governo do Estado, no curso da década de 1980, foi intensificado o processo de “modernização conservadora” do Ceará, sob a liderança do setor empresarial urbano. De economia rural, intensificou-se a industrialização do estado, visando à adequação às novas necessidades do capital transnacionalizado sobre bases locais.

Se por um lado o processo de redemocratização e as mobilizações sociais, somadas ao deslocamento da área rural para a urbana e à introdução de novas formas de trabalho vinculadas à indústria, foram fundamentais ao enfraquecimento das relações coronelistas de poder, por outro, cresceu a força eleitoral do empresariado, em detrimento da capacidade de articulação das forças partidárias de esquerda em torno de um projeto contra-hegemônico, “perdendo-se

um momento histórico importante que poderia tornar concretas reformas com caráter popular” (COSTILLA; NOBRE, 2011, p. 40).

Costilla e Nobre (2011) destacam que esse processo, que inicia o ciclo denominado “Ceará dos empresários” ou “grupo das mudanças” iniciado com Tasso Jereissati (1987-1990), seguido por Ciro Gomes (1991-1994) e retomado por Tasso (1995-1998; 1999-2002), ocorreu num sentido amplo: político-ideológico, administrativo-financeiro e econômico.

Até os dias atuais essas forças políticas têm significativa influência no estado e há uma intensa difusão ideológica da ideia de modernização, pelas vias da privatização de estatais e reforma administrativa do Estado. Com isso, o anseio de por essas vias elevar o Ceará à condição de potência econômica, diminuição da pobreza e aumento do poder de consumo permanece no imaginário da população cearense e se perpetua na administração pública.

Nesse período, o Ceará apresentou melhoras nos indicadores de morbidade e mortalidade por doenças parasitárias, infecciosas e crônico-degenerativas, nos índices de mortalidade infantil, na cobertura vacinal e na ampliação da assistência médica. Destaca-se, também, pelo funcionamento do Conselho Estadual de Saúde desde 1988 e pela a instalação dos Conselhos Municipais entre até o final dessa década e a expansão do processo de municipalização dos serviços de saúde (MONTESUMA; ET. AL., 2006, p. 16-17).

Data de 1993 a importante experiência de criação do Programa Saúde da Família (PSF), pela Secretaria de Saúde de Quixadá - CE, sob liderança do Secretário Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Em 1994 o Ministério da Saúde lançou nacionalmente o Programa como estratégia fundamental de APS, alterando de modo substantivo a prática e a organização dos serviços de saúde, sendo fundamental para uma perspectiva interdisciplinar e instersetorial do atendimento.

Contudo, o período da “modernização conservadora” no estado destacou-se porque em alguns aspectos se antecipou na experiência neoliberal em relação ao país, com as medidas de ajuste fiscal e da reforma administrativa iniciada ainda nos anos 1980, visando uma utilização mais funcional do Estado, através da descentralização e da focalização as ações, somado à privatização de empresas estatais.

Em uma primeira fase, a preocupação fundamental foi dar maior racionalidade administrativa ao Estado através do controle com os gastos e com a arrecadação, bem como corrigir as distorções da máquina administrativa. Em outros termos, nesse momento foi imprescindível uma maior racionalidade administrativa que pode ser traduzida no equilíbrio das contas do Estado, no combate à burocracia excessiva e ineficiente, bem como ao velho clientelismo. Com essas políticas o grupo das mudanças procurou criar o consenso dos diversos setores e frações empresariais e obter adesão das camadas médias e da grande massa popular. Numa segunda fase, foi dada ênfase à reforma da estrutura burocrática do Estado, cujo objetivo era diminuir o seu tamanho e distribuir funções com outras instâncias do poder público e com a sociedade, assim como dispor a força do poder de Estado para subsidiar ao capital e

para viabilizar a reprodução e a ampliação da acumulação privada local no contexto da grande concorrência internacional (COSTILLA; NOBRE, 2011, P. 139).

Assim, o “grupo das mudanças”, que se apresentava como contraposição às antigas forças políticas locais, visando moralizar a política cearense, estabeleceu práticas de cooptação de lideranças populares, combinadas à repressão e contestação da legitimidade desses movimentos e, sob a égide do discurso de modernidade, reproduziu paulatinamente antigas práticas políticas, construindo alianças com políticos tradicionais do interior estado (COSTILLA; NOBRE, 2011).

A exposição do que representou a ideologia do empresariado cearense para o estado é considerada relevante para apreender a atual conjuntura do HUWC, que está sob gestão da EBSEH, pois o ideário das mudanças no âmbito da gestão das políticas e serviços estatais nos moldes neoliberais, em nome do progresso e da modernidade, já estava amplamente difundido na sociedade local. Supõe-se, por isso, que esse fator constituiu significativo empecilho à compreensão da proposta da EBSEH e à ampliação do movimento contrário a essa no Complexo Hospitalar da UFC.

No âmbito da Saúde, desde 2002 a descentralização administrativa para OS's foi incorporada paulatinamente, com destaque para o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH),⁴⁶ que passou a administrar equipamentos essenciais da RAS do Estado e da Prefeitura de Fortaleza. Entre eles, o Hospital Dr. Waldemar Alcântara, o Hospital Regional do Cariri, Hospital Regional Norte, Hospital Regional do Sertão Central, nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) de Fortaleza, o Laboratório de Análises Clínicas Primilab, as UBS's e os CAPS's.

Conforme o Plano Diretor Estratégico 2018-2019 da EBSEH contextualiza, uma das justificativas para que a UFC em 2013 assinasse o contrato de gestão com a empresa foi a crise de sustentabilidade financeira que marcou o HUWC desde a sua construção, assim como outros HUF's, e que se aprofundou nas décadas 1980 e 1990, sobretudo pelas dificuldades de manutenção do custeio e de renovação do corpo de funcionários.

Contudo, o que não se contextualiza é a raiz dessa crise. Passa-se a ideia de que se trata de uma crise decorrente da suposta natureza inoperante do setor público e não pelas condições político-econômicas as quais estão submetidos os HUF's. Em nome da “boa gestão”, escamoteia-se o problema histórico de subfinanciamento da Política de Saúde.

⁴⁶ Fundado em 11 de julho de 2002, foi a primeira instituição no Estado do Ceará a ser qualificada como OS, pelo Decreto nº 26.811, de 30 de outubro de 2002. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Histórico. Disponível em: <https://www.isgh.org.br/institucional/historico>. Acesso em 15 fev. 2021.

De acordo com o PDE-EBSERH (2018-2019), a capacidade atual de leitos do HUWC é de 249 leitos e máxima projetada para até 256. Conta com centro cirúrgico com 08 salas, unidade de tratamento intensivo com 14 leitos e sala de recuperação pós-anestésica, 02 salas de cirurgia ambulatorial e 212 consultórios para atendimento das diversas especialidades.

O HUWC Destaca-se nas áreas clínicas e cirúrgicas na atenção terciária e secundária na clínica pediátrica. Na área clínica estão os serviços de clínica médica, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oncologia, pneumologia e reumatologia.

Na área cirúrgica, tem-se cirurgia geral e digestiva, cirurgia cardíaca, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia vascular, cirurgia plástica, coloproctologia, cirurgia bariátrica, mastologia, neurocirurgia, oncologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, traumatologia e urologia.

Todos estes serviços prestam atendimento ambulatorial e de internação. Os serviços pediátricos também são prestados em nível de ambulatório e de enfermaria, assim como dispõem das especialidades de nefrologia, endocrinologia, hematologia e neurologia.

O HUWC tem como diferencial a realização dos transplantes de pâncreas, fígado, rim, córnea e medula óssea (em parceria com o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE) e em 26 de novembro de 2011 realizou com êxito o primeiro transplante duplo de pâncreas e rim.⁴⁷

Desses serviços, os transplantes de rim, fígado e medula óssea dispõem de estrutura de ambulatórios e enfermarias próprias e o trabalho nessas unidades conta com cirurgiões, especialistas (nefrologistas, hepatologistas e hematologistas), intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais.

Nos anos que sucederam o período da experiência como residente o ambulatório de transplante hepático e a enfermaria do TMO foram transferidos para outras instalações do Complexo Hospitalar. Por isso, não foi vivenciada a experiência do atendimento nesses locais e não foi possível visitá-las, por decorrência da pandemia da *COVID 19*.

O que se sabe, conforme notícia veiculada pela EBSEH, é que de seis consultórios, o transplante hepático passou a ter dez, todos com computadores e impressoras ligados à rede de internet *Wi-Fi*; três leitos nesse espaço que funcionam como hospital-dia para a realização

⁴⁷ Serviço de Transplante Renal do HUWC recebe homenagem na Assembleia Legislativa. Disponível em <<http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2012/2847-servico-de-transplante-renal-do-huwc-recebe-homenagem-na-assembleia-legislativa>>. Acesso em: 23 out. 2019.

procedimentos, como biópsias; as equipes Médica, de Enfermagem e Farmácia possuem sala própria; e há dois auditórios. Ressalta-se que o novo ambulatório recebeu incentivos da iniciativa privada e doações de usuários do transplante para a sua construção.⁴⁸

O ambulatório de hematologia e oncologia, onde são atendidos os usuários do TMO, dispõem de cinco consultórios e o de transplante renal, que funciona no mesmo prédio do ambulatório de ortopedia, dispõe de quatorze consultórios. Esses ainda não estão informatizados por completo.

Conforme registros em diário de campo, de maio de 2014, de fevereiro de 2015 e abril de 2015, ocorreram atrasos nos atendimentos agendados para o Serviço Social por indisponibilidade de salas no ambulatório de transplante renal. Além disso, por não dispor de auditório, as atividades em grupo são realizadas no espaço da sala de reuniões da equipe. Considera-se, portanto, o espaço físico desse ambulatório como insuficiente.

Uma das pautas das assistentes sociais dos transplantes para a consolidação do trabalho nos ambulatórios era a definição de salas de Serviço Social para os atendimentos que competem a essa profissão. Quando próximo à conclusão da residência esse processo já estava encaminhado no ambulatório do transplante renal, o novo ambulatório de transplante hepático não estava concluído e o de TMO ainda não havia definido.

No que diz respeito às enfermarias, de acordo com a publicação supramencionada no *site* da EBSEH/HUWC, com o novo espaço, os seis leitos destinados para o TMO ficaram mais próximos da clínica médica 01, que é onde também são recebidos usuários em intercorrências ou acompanhamento por razão desse transplante. Houve melhorias relacionadas à estrutura anterior, pois atualmente dispõem de repouso para os profissionais do serviço, copa e salas de reuniões e estudos. O que antes era compartilhado no mesmo espaço dos usuários.

As enfermarias dos transplantes renal e hepático ficam localizadas no mesmo espaço físico e dispõem do total de dezoito leitos. Desses, treze são do transplante renal e cinco do transplante hepático. Sobre a estrutura física dessas enfermarias, tem-se uma contribuição relevante de uma atividade realizada em junho de 2014 pelos residentes multiprofissionais do transplante, que resultou em um relatório denominado “Relatório de análise da humanização na enfermaria do transplante do Hospital Universitário Walter Cantídio”.

⁴⁸ Ambulatório do Transplante Hepático e Enfermaria do Transplante de Medula Óssea estão de casa nova. EBSEH. HUWC. Disponível em: < http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKI/content/id/1125623/2016-05-ambulatorio-do-transplante-hepatico-e-enfermaria-do-transplante-de-medula-ossea-estao-de-casa-nova >. Acesso em 16 fev. 2021.

O esboço dessa atividade consta em diário de campo e data de 28 de junho de 2014. Tem-se uma análise dos elementos presentes nas enfermarias dos transplantes renal e hepático que se configuravam como contraposição à efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH), que visa “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6).

De acordo com os registros para essa atividade, foram estabelecidos três eixos de observação: a humanização na estrutura da enfermaria do transplante (com base na Resolução Diretoria Colegiada nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 - RDC 50); a relação “paciente-equipe”,⁴⁹ considerando a comunicação efetiva entre profissionais e os aspectos que envolvem a segurança desses pacientes durante as visitas realizadas aos leitos e a interação entre os profissionais da equipe multiprofissional, tendo como critério a comunicação entre esses e o reconhecimento da importância do outro saber para a qualidade da atenção e recuperação da saúde.

Os dois últimos eixos trazem reflexões que serão expostas na seção três desse capítulo. Em relação à estrutura física, tem-se o seguinte registro:

O setor de transplante do HUWC é composto por 6 enfermarias coletivas, em formato retangular, que variam de 2 a 4 leitos; não existindo quartos específicos para isolamento. Em todos os quartos existe um lavatório para higienização das mãos com suporte para sabonete líquido, papel toalha e álcool em gel. Porém os reservatórios de sabonete e álcool não estão adequadamente identificados, podendo gerar confusão. Ao lado de cada leito, existe uma mesinha de apoio e uma cadeira de plástico para o acompanhante, inadequada para proporcionar condições de repouso para uma pessoa que permanece por horas ou, até mesmo, dias sentada. As janelas são de vidro, porém pintadas de branco, o que impede que os pacientes tenham acesso a visão do lado de fora do quarto. Nesta unidade, as enfermarias atendem a demanda do SUS, sendo necessários constantes rearranjos de acordo com o perfil dos pacientes no momento. Dessa forma, não há separação de pacientes por sexo ou faixa etária, ao contrário do que é recomendado pela legislação. Cada enfermaria é composta por 4 ou 2 leitos, possuem um banheiro que, apesar de estrutura física adequada, é compartilhado entre pacientes e acompanhantes de ambos os sexos. Com relação à sala de exames e curativos, a RDC nº 50/2002 determina que a cada 30 leitos em uma enfermaria, a mesma possua 01 sala de no mínimo 7,5 m² destinada para realização destes procedimentos, sendo que em enfermarias que possuem leitos com divisores físicos, não é exigido este ambiente, observou-se que na enfermaria, objeto deste estudo, além de não apresentar as divisórias físicas entre leitos, não tinha a sala de exames e curativos, sendo estes realizados ao leito [...] Diante deste fato pode-se observar que apesar da existência do estímulo para prática da humanização no serviço de saúde observado, ainda falta condições adequadas para o seu desenvolvimento, como a

⁴⁹ Ao longo do texto fez-se a opção pela denominação dos sujeitos atendidos no SUS como usuários, pois esse vocábulo demarca melhor o horizonte da atuação do Serviço Social. Em acordo com Paula, Lima e Bedim (2020, p.186), o termo usuário é mais adequado, uma vez que essa ação profissional é direcionada a quem usufrui de um serviço por direito. Acrescenta-se a essa ideia a de que esse é partícipe e não passivo no processo saúde-doença. Compreende-se, assim como as autoras, que sucumbir aos jargões médicos ou de outras categorias profissionais nos coloca em posição de subalternidade e falta de identidade profissional. O amadurecimento dessa perspectiva se deu com o olhar crítico sobre a experiência no contexto hospitalar, no qual esse termo é predominante. Posto isso, o termo paciente só é utilizado nessa pesquisa ao citar o conteúdo sistematizado pelas profissionais, do diário de campo ou dos documentos da instituição.

escassez de instrumentos de trabalho, estrutura inadequada, sobrecarga de atividades, ausência de ambiente para descanso, etc. (GURJÃO, 2014, MIMÉO).

Foram identificadas, portanto, algumas soluções imediatas como: aumentar o número de enfermarias, e de banheiros; solicitação de poltronas adequadas para acompanhantes; obtenção de sala para procedimentos, ou divisores físicos adequados entre leitos; aquisição de instrumentos de trabalho (computadores, bancadas, etc.); sala de repouso para os profissionais; ampliação das áreas de prescrição e registros; ampliação de recursos humanos e janelas que permitam a percepção do tempo.

O HUWC não é porta de entrada do SUS, pois não dispõe de atendimento em caráter emergencial. O usuário, uma vez atendido no conjunto de serviços da RAS, é encaminhado para realização de atendimento clínico ou cirúrgico via sistema de referência das centrais de regulação que compõem o complexo regulador,⁵⁰ bem como pelas centrais de regulação específicas, como as de terapia renal substitutiva, dos transplantes, dos procedimentos cadastrados na Centra Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), entre outras.

Atualmente também são beneficiadas pessoas oriundas de outros estados do Brasil, seja por decisão própria, considerando o fato de o Ceará ser referência no tratamento, sobretudo para as regiões Norte e Nordeste, ou através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

51

No dia marcado o usuário deve dirigir-se ao HUWC com, no mínimo, uma hora de antecedência, encaminhando-se ao Setor de Registro de Pacientes, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) para abertura de prontuário (cadastro), portando o Boleto de Encaminhamento do Sistema do Gestor do SUS para a especialidade que precisa ser atendido (a); a Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento (quando menor de 18 anos de idade); o número do Cadastro de Pessoa Física; comprovante de residência, com Código de Endereçamento Postal (CEP) e o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS). Após o cadastro,

⁵⁰ O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde definido pela Portaria SAS/MS Nº 356, de 22 de setembro de 2000 diz respeito a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo. É composto pela Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Internações e Central de Regulação de Consultas e Exames. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf> >. Acesso em 16 fev. 2021.

⁵¹ O TFD é viabilizado pelo SUS através da Portaria Federal nº 055, de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Destina-se aos usuários da saúde pública que buscam atendimento médico a mais de cinquenta quilômetros do local de origem, quando o município ou estado não oferecem o tratamento.

deve encaminhar-se ao ambulatório onde será realizado o atendimento. Os ambulatórios funcionam de segunda a sexta das 07h às 19horas.

É, portanto, nessas condições históricas e materiais que a RESMULTI-UFC e a atenção em transplante se realizam. Pelo exposto, tem-se que a Saúde no Ceará teve avanços significativos, em confluência com os avanços nacionais por decorrência da organização dos sistemas de saúde, numa perspectiva humanizada, integral e participativa da intervenção no processo saúde-doença. Contudo, os entraves a essas conquistas explicam-se a partir dos interesses político-econômicos que permeiam esse setor e não na suposta “inoperância por natureza” dos serviços por parte do Estado.

3.2 O Projeto Pedagógico da RESMULTI-UFC na interface com a formação do Serviço Social

No desenvolvimento das reflexões em torno do texto do PP e do Regimento Interno observou-se a caracterização do programa, considerando a sua justificativa, os seus objetivos, diretrizes e princípios; a articulação entre as políticas de saúde loco-regionais; o quadro de disciplinas ofertadas para os R01 e R02⁵² do eixo transversal, da área de concentração, que é o transplante, e do núcleo profissional, que é o Serviço Social; as metodologias de avaliação; a semana padrão e o perfil do egresso do Serviço Social.

De acordo com o texto que introduz o PP, tem-se que esse se justifica por ser oportuno ao cenário da assistência hospitalar no âmbito do SUS, tendo em vista que prioriza o trabalho em equipe, a promoção da saúde e a humanização do cuidado. No curso do primeiro capítulo foram apresentadas reflexões que confluem com essa ideia ao destacar a relevância da conformação das equipes multiprofissionais de saúde a partir do SUS para a ampliação da horizontalidade das ações e para a educação em saúde, de forma estratégica à ruptura com o modelo biomédico.

Portanto, concorda-se que há um cenário que pode favorecer à organização transdisciplinar de um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, que alia experiência e conhecimento também no atendimento de alta complexidade, ainda que, por dispor de alta densidade tecnológica e requisitar procedimentos complexos, se configure como um campo

⁵² São designados R1 e R2 os Residentes que estejam cumprindo o primeiro e segundo ano do programa. Na RESBUCA há também os R3, uma vez que tem duração de três anos.

significativo de disputas para os interesses mercantis, aos quais a prática médica autocentrada é fundamental.

Da leitura dos documentos na íntegra, foi possível identificar que há dubiedade na forma de conceber essa modalidade de formação. Ora reforça-se que a residência é caracterizada como uma modalidade de treinamento, ora como uma formação direcionada pela integração dos saberes na atenção em saúde.

A título de exemplo dessa afirmativa, tem-se na página 11 do PP que a RESMULTI-UFC se configura como “um *programa de formação* que fortalece e consubstancia a implementação do SUS como Política de Saúde, pois este *projeto de treinamento* em serviço tem como eixo central os princípios e diretrizes desse sistema” (UFC, 2009).

Também a título de exemplo, na página 06 do Regimento Interno tem-se que a RESMULTI-UFC é caracterizada por ser “treinamento em serviço,” e na página 07 que essa, em consonância com as atribuições do SUS, contribui para a EPS, partindo do pressuposto da aprendizagem baseada no contexto local e regional e propondo a transformação da atuação profissional a partir da reflexão crítica sobre a vivência em serviço de profissionais em ação na rede dos serviços de saúde (UFC, 2019).

Retomando a ideia exposta anteriormente, viu-se que a perspectiva do treinamento, que é herança de uma formação *flexneriana*, é refutada pelo debate articulado em torno da Reforma Sanitária, do qual o SUS é uma conquista. Remete a uma racionalidade instrumental no processo de trabalho em saúde, repercutindo em uma formação centrada na internalização de determinados procedimentos, em detrimento do sentido do trabalho no seu valor de uso, que possibilita o ensino-aprendizagem como processo fundamentado por práticas coletivas e orientadas pelas necessidades de saúde.

Pautar essa reflexão é considerado como pertinente, tendo em vista que na leitura do PP e do Regimento Interno buscou-se observar se o trato para com os termos “formação” e “treinamento” se deu como se fossem sinônimos e não como apreensão paradoxal da proposta de RMS, tendo em vista que o desenvolvimento de práticas no trabalho em saúde direcionadas pela efetivação do SUS pressupõe o afastamento de qualquer forma de trabalho em que a dimensão técnico-operativa tenha outra direção que não seja as necessidades de saúde dos usuários dos serviços.

Interpretou-se que não se restringe ao trato como uma sinonímia, tendo em vista que essa dubiedade se evidencia ao estabelecer-se como diretriz pedagógica o arcabouço normativo do SUS de forma restrita, sem uma direção teórico-metodológica clara, que subsidie o projeto de saúde como articulado a um projeto de sociedade.

Tem-se que o PP orienta-se pela interdisciplinaridade, voltando-se para os valores e relações humanas “com o intuito de suprir as limitações decorrentes da compreensão do processo saúde-doença,” e promover a formação de um profissional “que tenha condições de refletir e agir em relação aos desafios sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais do mundo contemporâneo” (UFC, 2009, p. 14), mas os pressupostos para a plena realização de uma perspectiva ampliada de atenção em saúde, o que estrutura os fenômenos contemporâneos que se apresentam como desafios e o viés pelo qual se desenvolvem essas reflexões e ações não são explicitados.

Pela concepção de RMS que norteou essa pesquisa, tem-se que a construção de um PP relaciona-se a projetos de sociedade e requisita uma apreensão da realidade que transcenda os limites setoriais das políticas, não tornando o arcabouço normativo dessas manuais da prática, mas considerando as mediações que se entretecem na sua materialização.

Reforça-se na interpretação do documento a percepção do movimento de substituição dos preceitos da Reforma Sanitária, cuja necessidade não é mencionada no texto, por um debate restrito a operacionalização do SUS. A plena efetivação do SUS não se desconecta das necessidades de transformações profundas na sociedade. Nos fundamentos dos seus princípios e diretrizes está a perspectiva de transformação estrutural.

Por objetivo geral visa “estimular o raciocínio clínico, metodológico e de habilidades” das áreas profissionais contempladas pelo programa, “desenvolvendo competências direcionadas para o trabalho interdisciplinar e assistência humanizada, baseada nos princípios e diretrizes do SUS”.

As respostas aos desafios apontados pressupõem o estabelecimento de finalidades, de um horizonte norteador das ações desenvolvidas. Em outras palavras, o estímulo ao raciocínio clínico, que envolve escuta, diagnóstico, orientação e prescrição de tratamento, posto como objetivo, requisita fundamentação metodológica, mas também de ordens teórica e ético-política.

Cabe, portanto, o reforço do questionamento de Ferreira, Leal e Marçola (2020) se esse alinhamento estrito ao aparato legal seria estratégia consciente para assegurar a aprovação dos programas de residência junto às instâncias burocráticas, tendo em vista que o projeto neoliberal é o que está ocupando essas instâncias de poder, ou se esse posicionamento, também foi construído de forma consciente, sendo revelador do distanciamento do debate do MRSB no contexto da alta complexidade.

O segundo questionamento reforça a ideia de que o contexto de expansão dos programas de RMS, sobretudo nos HUF's, coincide com o processo de flexibilização do referencial teórico da Reforma Sanitária e o empenho restrito à construção do “SUS possível” ao longo dos

governos *petistas* (BRAVO E MENEZES, 2013). A identificação dessa dubiedade se apresenta ainda nas disciplinas ofertadas e no formato de semana padrão proposto no PP.

O conteúdo teórico do eixo transversal é constituído pelas disciplinas: 1º ano R1 - SUS e políticas públicas de saúde; ética e bioética; prevenção e controle de infecção em serviços de saúde; metodologia científica e bioestatística; sessões clínicas e seminários multiprofissionais; humanização e processo de trabalho em saúde; desenvolvimento humano: subjetividade e tanatologia; conhecimento e participação em estratégias de controle profissional e social: conselhos de classe, de saúde e outros definidos para o SUS - I; 2º ano R2 - Trabalho de conclusão de curso; conhecimento e participação em estratégias de controle profissional e social: conselhos de classe, de saúde e outros definidos para o SUS - II; Terapias integrativas complementares. Conteúdo prático - 1º Ano R1 - prática da atenção ao paciente, família e comunidade I; prática de controle de infecção em serviços de saúde I; 2º Ano R2 - prática da atenção ao paciente, família e comunidade II; prática de controle de infecção em serviços de saúde I (UFC, 2009).

O que se tem sistematizado em relação às experiências com as disciplinas do eixo transversal reforça a ideia de que o SUS representa um avanço para o contexto hospitalar, historicamente centrado nas prescrições e procedimentos, mas que é importante dar ênfase a noção de atenção integral acumulado pelo MRSB. Essa não se restringe às reformas parciais, mas apreende a prática desenvolvida nos processos de trabalhos coletivos em saúde como prática social, que tem sua dimensão técnica e também econômica, política e ideológica, para a qual o SUS é estratégico (PAIM, 2008).

A RESMULTI-UFC estabeleceu parcerias importantes para garantir o efetivo desenvolvimento da residência. Dentre essas, tem-se, além da UFC, a SESA, a Secretaria Municipal e de Fortaleza, a UECE, a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), o Hospital Dr. Carlos Alberto Studart (Hospital de Messejana), o Instituto Dr. José Frota, o Instituto do Câncer do Ceará, o Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP), entre outras.

O PP da RESMULTI-UFC, portanto, tem conseguido garantir a experiência dos residentes nos três níveis de assistência, no sentido de buscar disseminar por toda a rede SUS atividades de caráter pedagógico. Por cenários de práticas têm-se as Unidades Básicas de Saúde, serviços do próprio Complexo Hospitalar da UFC e os hospitais parceiros.

Dentre esses cenários de prática, registram-se algumas das experiências pessoais na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HUWC, no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, que presta serviços de nível secundário na RAS de Fortaleza e a realização de estágio eletivo no Centro de Transplante de Medula Óssea, no estado do Rio de Janeiro.

Pontua-se, também, que para a turma 2014-2016 houve uma ampliação de perspectiva nas disciplinas de “Conhecimento Participação em estratégias de controle profissional e social: conselhos de classe, de saúde e outros definidos para o SUS – I e II”, nas quais não houve somente a exposição teórica das instâncias de Controle Social no âmbito desse sistema ou a participação em alguma atividade dessas instâncias.

Além das aulas expositivas e de acompanhar uma reunião do CMS do Eusébio, município da Região Metropolitana de Fortaleza, foi realizada uma sequência de atividades pela Rede Socioassistencial desses dois municípios, bem como visitas guiadas a duas exposições culturais na cidade de Fortaleza, que apresentam elementos fundamentais da formação social do estado do Ceará para a apreensão do desenvolvimento loco-regional das ações de saúde, considerando as condições socioeconômicas, culturais e políticas.

A docente responsável pela disciplina optou pela Rede Socioassistencial do município de Eusébio com o objetivo de proporcionar o conhecimento de experiências concretas na operacionalização das Políticas Sociais de forma intersetorial, sobretudo Saúde, Educação e Emprego e Renda, que tem se refletido na sua manutenção no *ranking* dos cem municípios que são considerados referências para o Brasil nesses quesitos.⁵³

Conforme sistematização em diário de campo para a construção do relatório final das atividades, de 22 de outubro de 2014, tem-se que:

Foram realizadas três visitas ao município de Eusébio-CE. As visitas objetivaram: conhecer a Rede Socioassistencial do referido município; a articulação entre as instituições para a efetivação do trabalho em rede, através das capacitações permanentes; perceber como funciona a participação social nas decisões referentes às Políticas Públicas existentes no município. Assim, na primeira visita foi realizado o trajeto pela maior parte dos equipamentos sociais existentes (escolas, PSF's, Núcleo de Arte Educação e Cultura Aloísio Bruno, Secretaria de Saúde, dentre outros). Na segunda, podemos participar de um espaço de formação para trabalhadores dos PSF's, promovido pela equipe do CAPS-AD do local, sobre como identificar no atendimento dos PSF's o público alvo do CAPS-AD. Posteriormente, na terceira visita, participamos de uma reunião do CMS, para poder avaliar o que foi referido no terceiro objetivo supracitado (GURJÃO, 2014, MIMEO).

Das atividades na Rede Socioassistencial de Fortaleza, foram realizadas rodas de conversas com os usuários em acompanhamento por decorrência da diabetes, na Unidade de Saúde Anastácio Magalhães e com trabalhadores da construção civil, que estavam trabalhando nas obras do Mercado da Aerolândia; dinâmica de grupo com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no Centro Socioeducativo Passaré e uma visita com o

⁵³ Prefeitura Municipal. Eusébio fica entre as 100 cidades do País com Alto Desenvolvimento. Disponível em < <http://eusebio.ce.gov.br/eusebio-fica-entre-as-100-cidades-do-pais-com-alto-desenvolvimento/> >. Acesso em 17 fev. 2021.

intuito de conhecer o trabalho dos profissionais de saúde na Casa da Esperança, que dispõe atendimento especializado ao Transtorno do Espectro do Autismo para crianças e adolescente.

As atividades de roda de conversa e dinâmica de grupo foram realizadas de forma articulada a oito residentes de outras categorias profissionais, exceto médica, permitindo a ampliação na abordagem das temáticas. O eixo transversal a todos os públicos foi a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento de DCNT.

O Serviço Social contribuiu com a socialização de informações sobre os aspectos socioeconômicos e culturais relacionados a essas, dos tratamentos disponibilizados pela RAS e dos direitos sociais em geral, que podem ser acessados pelos sujeitos que se encontram nessa condição.

Enfatiza-se a necessidade de ampliar a vivência dos residentes da RESMULTI-UFC nas instâncias de gestão, considerando que o PP aponta como desafio não fragmentar os grupos de trabalhadores que compõem a gestão, a atenção e a vigilância em saúde, fortalecendo a atenção integral, sem desconsiderar os limites na definição dos papéis. No período da experiência relatada não há registro de experiência prática em processos de gestão.

Reforça-se o que CECCIM (2017) aponta como fundamental à creditação pedagógica dos programas, que é o incentivo ao desenvolvimento de práticas colegiadas de gestão compartilhada entre corpo docente-assistencial, residentes e gestores das ações e serviços de saúde.

Em relação às visitas realizadas ao Museu do Ceará e à exposição “Vaqueiros,” no Centro Dragão do Mar de Arte e Cultura, ao passo que proporcionaram o acesso a um conteúdo rico em termos de reconhecimento dos grupos étnicos que conformam a população cearense, em suas crenças hábitos, costumes e a forma como historicamente o poder público lidou com determinados grupos, avalia-se que essas atividades, ricas em conteúdo histórico, poderiam ter sido mais aproveitadas para o desenvolvimento de práticas no contexto hospitalar que fossem direcionadas por apreender as particularidades desse público.

Extraiu-se do relato da visita ao Museu do Ceará que:

A história da construção do Sistema de Saúde atual no Ceará [...] traz em si elementos de uma intensa violência para com a cultura indígena, aos costumes afros e uma visão europeizada de normas, condutas e comportamentos que influenciam diretamente na saúde da população. Contribui, por exemplo, para a não adesão ao tratamento, como forma de resistência à intenção de invalidar a sabedoria popular. Cumprindo o seu objetivo, a visita proporcionou o conhecimento das respostas dadas pela população e pelos profissionais diante de epidemias instaladas, a perspectiva com que as intervenções eram realizadas e as abordagens propostas para responder a demanda por saúde da população, que muitas vezes não dialogam com esses aspectos culturais. Havendo um intenso processo de negação dessa cultura e imposição de um modelo higienista, baseado pura e simplesmente no saber médico (GURJÃO, 2014, MIMEO)

Em relação à exposição “Vaqueiros”, tem-se que essa:

Expõe elementos presentes até hoje na cultura nordestina, sobretudo no interior do Ceará. Mostra a intrínseca relação entre a realidade material e a construção da cultura em hábitos, crenças e valores [...] a forma como se construíram tais costumes e o sentido que os mesmos têm para a população devem ser apreendidos pelos profissionais que vão atuar junto às mesmas. O grande desafio para o profissional da saúde está em promover saúde sem impor suas verdades, seu modo de vida. Deve perceber o potencial da forma de viver de um povo para a melhoria dos índices de saúde [...] Vaqueiros nos faz concluir que em muito é preciso avançar no que diz respeito à ruptura com um modelo biomédico e a construção de projetos direcionados à população rural, sobretudo, sem que isso represente uma agressão à cultura local. Por vezes esquecidos, sequer possuem acesso aos equipamentos de saúde com facilidade, a infraestrutura de transporte é precária e, quando possuem, não são vistos como sujeitos que possuem uma história de vida particular. Quando assistidos, são enquadrados em determinadas patologias, sem que haja o menor esforço em escutá-los e fazê-los compreender as razões das intervenções realizadas (GURJÃO, 2014, MIMEO).

Diante da diversidade do público atendido no HUWC, proveniente não só do Ceará, mas de outros estados do Brasil, entende-se a relevância de a RESMULTI-UFC proporcionar atividades dessa natureza. Contudo, reforça-se que as propostas de formação que se realizam devem ir além da abordagem do SUS e das metodologias e condutas desenvolvidas no trabalho em saúde, contemplando disciplinas relacionadas à particularidade da formação social brasileira e a forma como a determinação social do processo saúde-doença se expressa nessa sociedade.

Para além da elaboração do relatório das atividades, como requisito de aprovação nas disciplinas, também é fundamental que sejam realizadas a socialização e debates em torno das percepções dessas experiências entre os residentes e o conjunto dos profissionais das equipes de saúde, com vistas à construção de projetos terapêuticos singulares condizentes com a condição dos usuários.

As sessões clínicas e os seminários multiprofissionais têm o potencial de constituir-se como um desses espaços de socialização e debates. Contudo, a análise pessoal que se faz das experiências nas sessões clínicas é a de que essas tendem a se restringir a exposição de estudos e casos que envolvem diagnósticos, condutas e prescrições, sobretudo médicas.

Quanto aos seminários multiprofissionais, o que se pode afirmar dos anos de 2014-2016 é que esses foram realizados como atividades perpassadas pelos conteúdos das disciplinas do eixo transversal. Um dos elementos contemplados no PP da RESMULTI-UFC relacionados à avaliação em todos os eixos (transversal, áreas e núcleos) são os “encontros de avaliação” entre alunos, preceptores, tutores e docentes, no formato de rodas de conversa, ao término das disciplinas.

Contudo, essas rodas de conversa, no período enfatizado, se deram de forma restrita aos residentes e docentes, quando no término das aulas de algumas disciplinas, salvo no que diz respeito às atividades teóricas, práticas e teórico-práticas específicas do Serviço Social.

Por iniciativa ético-política dessa categoria, as atividades realizadas e sistematizadas no contexto da RESMULTI-UFC são incorporadas como subsídios dos planejamentos das ações, não só dos serviços onde o programa se materializa, mas do Serviço Social do HUWC como um todo. Ressalta-se que os residentes e estagiários têm voz ativa nesses momentos.

No período da experiência como residente também não se registra a participação em planejamentos articulados às demais categorias. Parte-se da compreensão de que uma das razões para que esses momentos sejam inviabilizados é a sobrecarga de trabalho do conjunto dos profissionais envolvidos com a RESMULTI-UFC, sobretudo os preceptores e tutores, uma vez que a carga horária desses não foi adaptada à incorporação das novas funções exigidas ao funcionamento dos programas de RMS.

Essas não são contabilizadas nos instrumentos de avaliação da produtividade dos profissionais, logo não têm um dia/horário pré-estabelecido comum a todas as categorias, de modo que os profissionais possam se ausentar em determinados momentos das atividades socioassistenciais para estar em processos interdisciplinares de socialização, planejamento e avaliação relativos à residência. O que contribui para que essas atividades fiquem restritas ao campo das atribuições de cada profissão.

O conjunto dessas observações direciona-se também aos conteúdos da assistência em transplante, tendo em vista a análise de que esses contemplam amplamente os aspectos relacionados ao procedimento, às prescrições e a abordagem estrita aos fenômenos do campo psicossocial para o êxito do tratamento, mas também não avança nos estudos relacionados à determinação social do processo saúde-doença e nas ações multiprofissionais articuladas.

Quanto ao conteúdo referente à assistência em transplante, as disciplinas teóricas são: 1º Ano R1 - biossegurança; Farmacoterapia aplicada I; aspectos bioéticos e psicossociais da doação de órgãos; atuação da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos; semiologia e fundamentos cirúrgicos dos transplantes; abordagem psicossocial do paciente transplantado e família. 2º Ano R2- imunossupressão e risco de infecção em paciente transplantado; métodos diagnósticos e exames complementares; farmacoterapia aplicada II; aspectos gerais da terapia nutricional para pacientes transplantados; estudos de adesão ao tratamento. Conteúdo prático, 1º Ano R1- prática interdisciplinar de assistência ao paciente ambulatorial I; prática interdisciplinar de assistência ao paciente internado I; 2º Ano R2-prática interdisciplinar de assistência ao paciente ambulatorial II; prática interdisciplinar de assistência ao paciente internado II (UFC, 2009).

Os estudos voltados à compreensão do que está no cerne das DCNT para as quais, diante da situação de agravo, o transplante pode ser indicado, fornecem subsídios fundamentais para

a apreensão das condições de vida e trabalho da população e amplia o espectro de ações nos serviços direcionados à efetivação de direitos para além do atendimento na RAS, mas envolvendo as demais políticas, bem como o desenvolvimento de pesquisas e construção de indicadores que expressem as condições concretas em que vivem a população usuária do SUS.

Da experiência de construção de projetos terapêuticos singulares nos ambulatórios e enfermarias do transplante, tem-se que essas foram praticamente restritas à articulação com outros residentes, sem a participação efetiva de residentes médicos e dos profissionais vinculados ao serviço. O que colocou em questão, considerando o contexto da experiência pessoal na assistência em transplante, a forma como se dava prosseguimento aos tratamentos prescritos aos usuários, tendo em vista que são essas equipes que vão dar o parecer final se um determinado usuário tem condições ou não de realizar o transplante.

Reitera-se que os residentes, embora tenham responsabilidades éticas para com os sujeitos que prestam assistência, não são responsáveis pelas decisões que competem aos profissionais que têm vínculo com a instituição, principalmente quando se tratam de decisões relacionadas à profundas transformações na vida de um usuário, que irá requisitar acompanhamento sistemático e com prazo indeterminado pela equipe responsável.

Para além de informar os profissionais da equipe ou “repassar o caso”, é parte intrínseca ao processo de formação e ao trabalho em saúde direcionados pelo fortalecimento de práticas interdisciplinares a construção de condutas coletivas nas quais os residentes, os profissionais dos serviços e os usuários sejam partícipes simultâneos e não de forma que uns façam uma parte e os outros deem continuidade.

No que concerne ao conteúdo específico do Serviço Social, identifica-se que a direção ético-política do projeto profissional, para o qual foi fundamental o debate em torno da questão social a partir da teoria social crítica, conflui para a abordagem nas disciplinas específicas do conceito ampliado de saúde, para além de melhorias no sistema, mas articulado ao debate do MRSB, que apreende a determinação do processo saúde-doença na sua relação intrínseca ao modo de produção e reprodução das relações sociais.

O conteúdo teórico e teórico-prático do Serviço Social na atenção em transplante contempla: 1º Ano R1- SUS e o projeto ético-político do Serviço Social; processo de trabalho em saúde: instrumentalidade do Serviço Social e trabalho em equipe; políticas sociais: aspectos sociojurídicos na dimensão dos transplantes. No 2º Ano - R2 – “questão social”, processos saúde-doença e as especificidades em transplante; Seguridade Social e o Serviço Social; família, território e intersectorialidade. No conteúdo prático - 1º Ano R1 - práticas do Serviço Social no processo de transplante I; práticas do serviço social em educação em saúde I; práticas

do serviço social junto aos usuários e família no processo de transplante I. 2º Ano R2 - práticas do serviço social no processo de transplante II; práticas do serviço social em educação em saúde II; práticas do serviço social junto aos usuários e família no processo de transplante II (UFC, 2009).

Parte-se do princípio que a forma como o Serviço Social aborda o conceito ampliado de saúde nos conteúdos específicos, considerando a determinação social do processo saúde-doença, deveria estar pautada nas disciplinas dos demais eixos. Reitera-se o reconhecimento de que a direção ético-política da formação desses profissionais, que busca apreender o movimento da realidade recorrendo ao amplo arcabouço teórico das ciências humanas, tem potencial ímpar para travar disputas em torno da direção dos conteúdos dos demais eixos, sejam essas teóricas, práticas ou teórico-práticas.

Reitera-se, a partir dessa percepção, a importância do funcionamento do NDAE, que é um espaço onde o acúmulo teórico-metodológico das profissões pode se expressar em diálogos e promover mudanças efetivas na direção dos conteúdos das disciplinas da RESMULTI-UFC como um todo.

Ao conteúdo específico seria de fundamental importância acrescentar alguma disciplina que contemple o núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira preconizado pelas diretrizes curriculares da ABEPSS, bem como aprofundar as particularidades das expressões da questão social no Ceará.

Além dos “encontros de avaliação”, o PP indica que a avaliação tem caráter formativo e estará presente em todo o percurso da formação, com base nas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) a serem desenvolvidos pelos residentes, contemplando as fases de autoavaliação, avaliação do residente pelo preceptor e supervisor (professor membro da Academia) e avaliação do preceptor e supervisor pelo residente.

Um dos aspectos estabelecidos para o residente é a “avaliação da participação em atividades científicas”, que compreende a apresentação de trabalhos científicos em congressos, publicação de artigos, sessões clínicas, seminários, entre outros. Identifica-se que o estímulo à pesquisa e os espaços de interlocução com outros atores da Política de Saúde e da rede socioassistencial em geral é fundamental para a qualidade dos serviços onde os programas de residência se materializam, desde que sejam garantidos os espaços de socialização.

Em todo o texto do PP essa afirmativa é reiterada. Contudo, além das limitações à materialização desses espaços, como já explicitado, considera-se que se estabelecer no Regimento Interno da RESMULTI-UFC a liberação para participação em somente um evento científico/ano, havendo necessidade de reposição de carga horária, caso esse número seja

extrapolado, configura um contrassenso ao texto do PP e um aspecto inviabilizador da RMS como uma proposta que visa contribuir de forma qualitativa com os processos de trabalho coletivos no âmbito do SUS, em detrimento de ser apenas uma forma de suprir a carência de profissionais nas atividades assistenciais.

O evento deve ser obrigatoriamente relacionado à área de concentração. O que, do ponto de vista de uma perspectiva ampliada de saúde, que articula níveis de atenção e a intersectorialidade entre as políticas, pode incorrer na fragmentação do processo de ensino-aprendizagem, em detrimento de proporcionar condições para que o residente apreenda a forma como o que vivenciou na área de concentração se articula ao contexto macro no qual o trabalho em saúde se desenvolve.

Uma vez que o PP propõe disciplinas transversais, de áreas e núcleos, torna-se fundamental a ampliação das possibilidades de construção de pesquisas, trabalhos científicos e a participação ativa em espaços que articulem as três dimensões.

Importa destacar que os custos da participação nesses eventos e da realização de estágio eletivo, que tem duração de entre quinze e trinta dias, são de total responsabilidade do residente. O programa de residência não se responsabiliza pelos custos de transporte, alimentação, seguro e moradia necessários para a realização do estágio eletivo e das atividades externas.

A restrição à participação nesses espaços a uma quantidade considerada irrisória ao que se propõem os programas, sem qualquer suporte material, se relaciona a forma como nacionalmente se dá a distribuição da carga-horária da RMS, que estabelece até 20% da carga horária sessenta horas e os demais 80% de práticas assistenciais, bem como o incentivo financeiro restrito ao pagamento da bolsa.

O estabelecimento desse percentual tem repercussões na semana padrão dos residentes, que estabelece os 80% de práticas em serviço, incluindo plantões noturnos (quando a natureza do serviço exige)⁵⁴ e aos finais de semana, e os 20% voltados para os conteúdos teóricos das disciplinas. Exceto nos plantões noturnos, os residentes da RESMULTI-UFC cumprem a carga horária de atividades entre sete e dezenove horas. O registro da frequência se faz em formato digital (“ponto eletrônico”) e assinatura de frequência nas aulas, seminários e sessões clínicas. Quando em atividades externas, se realiza por assinatura de frequência.

O grande desafio do residente ao cumprir essa jornada é conseguir espaço nessa semana para sistematizar as suas ações, estudar os conteúdos abordados e elaborar o TCR, que é um

⁵⁴ Os residentes da enfermagem têm um percentual mínimo de carga horária de captação de órgãos a cumprir. No geral, são esses residentes que pontualmente precisam cumprir plantões noturnos, tendo em vista a imprevisibilidade dos horários de captação.

dos requisitos avaliados para a conclusão da residência, tendo em vista que o tempo para realização dessas atividades não é estabelecido na semana padrão.

Quando o plantão for programado, o residente terá folga, com carga-horária equivalente ao plantão, na mesma semana, nos dias de segunda a sexta-feira, não ultrapassando 60h/semana de atividades. A RESMULTI-UFC disponibiliza alimentação nos refeitórios do HUWC e da MEAC, mas em atividades externas fica a depender da estrutura fornecida pela instituição para onde o residente irá realizar a atividade.

O direito à folga nos feriados, de acordo com o que for estabelecido pelo calendário da Universidade Federal do Ceará, foi uma conquista da turma que ingressou no ano de 2014 e dos R2. Na ocasião da Copa do Mundo de Futebol de 2014, da qual Fortaleza foi sede de alguns jogos, ao serem informados de que nos dias dos jogos o Complexo Hospitalar da UFC funcionaria com equipe reduzida, os residentes convocaram uma reunião com a coordenação da RESMULTI-UFC e depois a pauta foi levada à COREMU.

Até então o programa incluía a prática em serviço nos feriados. O que o descaracterizava como uma proposta de formação, tendo em vista que o sentido dos plantões nesses dias, ao que se evidenciava, era dar suporte aos plantonistas, enquanto os demais profissionais vinculados à instituição gozavam da folga que lhes era dada por direito. Soma-se a isso o fato de que nem sempre os profissionais vinculados à RESMULTI-UFC na condição de preceptores estavam escalados para cumprir jornada de trabalho nesses dias. Ainda assim, os residentes tinham que estar presentes.

O debate acumulado pelo Serviço Social do HUWC como um todo é que a carga horária da residência pode gerar sobrecarga física e emocional para esses profissionais em formação. Diante do requisito de se cumprir as sessentas horas semanais, mediante frequência controlada por “ponto eletrônico”, a equipe do Serviço Social chegou ao consenso de instituir que na semana padrão dos residentes dessa categoria, entre 17 e 19 horas, esses têm autonomia sobre como fazer uso desse tempo nas dependências do hospital. Também ficou estabelecido um turno para estudos por semana para o R1 e dois turnos para o R2, tendo em vista o tempo necessário à construção do seu TCR.

Essa decisão já havia sido estabelecida quando no período da experiência como residente e, conforme sinalizam Andrade, Félix e Alcântara (2020), assim permanece acontecendo para os residentes do Serviço Social das duas áreas de concentração em que se inserem no HUWC - transplante e saúde mental.

No transplante, o residente do Serviço Social desenvolve a prática assistencial por seis meses em cada uma das unidades e no último semestre poderá optar por concluir a sua formação

em qualquer uma das unidades, de preferência na que vai desenvolver a sua pesquisa para o TCR.

No que concerne à manutenção dos plantões aos finais de semana, o R1 presta dois plantões dessa natureza por mês e o R2 um plantão/mês. Tendo em vista a particularidade das ações desenvolvidas pelo Serviço Social nos ambulatórios, enfermarias dos transplantes e também na sala central, não há nenhuma atividade de natureza diferente das que já são realizadas durante a semana.

Os ambulatórios de transplante só funcionam de segunda a sexta-feira. A semana padrão do Serviço Social também já contempla o atendimento nas enfermarias e na sala central do Serviço Social, visando ampliar a visão do residente sobre a totalidade do trabalho na instituição, entre segundas e sextas-feiras. Aos finais de semana não são realizadas sessões clínicas, grupos com usuários, reuniões de equipe, aulas teóricas ou outras atividades.

Questiona-se, portanto, a razão de as instâncias deliberativas da RESMULTI-UFC, ainda assim, exigirem o cumprimento desses plantões, se não há atividades de naturezas diferentes das que já acontecem durante os dias considerados úteis, tendo em vista que o intuito dos programas de residência é a formação e não o suprimento da necessidade de profissionais nos serviços.

Diante dessa exigência, o Serviço Social busca articular os plantões dos residentes aos dias dos plantões das assistentes sociais que são preceptoras da área de concentração ou da tutora. O que nem sempre é possível, uma vez que há outras profissionais no HUWC que devem cumprir a carga horária de plantões exigida ao atendimento da demanda hospitalar e não se pode exigir que as preceptoras e tutoras, cujo número já é insuficiente, cumpram essa requisição por meses consecutivos.

Fora compromissos de naturezas outras, tendo em vista que, enquanto sujeitos que não têm suas vidas confinadas ao trabalho, assumem responsabilidades ou programam atividades no campo particular que podem fazer com que a disponibilidade do residente não coincida com a dessas profissionais e vice-versa.

Quanto ao objetivo de formar trabalhadores para serem incorporados às equipes multiprofissionais do SUS, reforça-se a necessidade de construção de políticas que incorporem os egressos dos programas de residência. Do contrário, esses programas perdem a sua razão de ser. Em uma busca no currículo *lattes* das autoras dos TCR's analisados, em 14 de fevereiro de 2021, identificou-se que apenas duas, dentre as treze assistentes sociais egressas, estão trabalhando no SUS e uma atualmente é professora de disciplinas "do campo dos saberes e práticas em saúde", como descreve no currículo.

Quanto ao perfil do egresso do Serviço Social residente na assistência em transplante, a finalidade é que esses sejam aptos a:

- Desenvolver uma atitude ética comprometida com os valores emancipatórios da profissão e uma prática norteada pelos fundamentos teórico-metodológicos da profissão para a intervenção qualitativa na área da saúde;
- Participar em equipe interdisciplinar para a humanização da assistência em transplante e atuar na rede de serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção e de suporte social, com vistas a ações intersetoriais;
- Decodificar as expressões da questão social, elaborando e implementando propostas para o seu enfrentamento, por meio de políticas sociais pública de saúde;
- Desenvolver a capacidade de inserção criativa e propositiva no conjunto das relações sociais na área dos transplantes;
- Comprometer-se com os princípios e valores do Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social (UFC, 2009, p. 24).

Do ponto de vista dos conteúdos teóricos e teórico-práticos, bem como a análise dos conteúdos refletidos nos TCR's sinalizam, a formação tem sido direcionada por um perfil de profissional que articula a experiência cotidiana ao arcabouço teórico-metodológico acumulado pela categoria, como identifica a ABEPSS (2018).

Embora a partir do SUS tenha havido o reconhecimento da necessidade da conformação equipes multiprofissionais, como fundamental à materialização da integralidade, a fragmentação do atendimento aos usuários pelas equipes multiprofissionais ainda é um desafio e tem suas refrações nos programas de RMS.

No decorrer da exposição das análises dos conteúdos sistematizados pelas assistentes sociais da RESMULTI-UFC torna-se evidente o quanto o Serviço Social avançou na organização do trabalho nas unidades de transplante, seja na construção dos objetivos profissionais e no planejamento das ações em um serviço dessa natureza, na clareza do que são suas competências e suas atribuições ou na identificação das necessidades de saúde dos usuários, com vistas à construção de respostas direcionadas pela garantia e ampliação de direitos.

Contudo, uma vez consolidados esses avanços, o Serviço Social pode explorar mais o potencial da direção do projeto ético-político da profissão para pautar no cotidiano dos serviços

a construção de processos de trabalho, não só multiprofissionais, mas que avancem em práticas interdisciplinares horizontalizadas, norteadas pelos preceitos da Reforma Sanitária.

3.3 A proposta de formação para o Serviço Social na assistência em transplante

A construção das análises expostas nesse primeiro eixo, “a RMS entre a racionalidade instrumental e o Projeto de Reforma Sanitária nos processos de trabalho coletivos em saúde”, resultou de questões elaboradas com o intuito de identificar se os conteúdos sistematizados pelas assistentes sociais abordam os projetos de saúde em disputa no Brasil; como esses projetos se expressam na RESMULTI-UFC; quais as evidências na produção do Serviço Social de ações contrapostas ao projeto de saúde hegemônico e se essas sistematizações refletem as expressões da contrarreforma do Estado no contexto do HUWC/RESMULTI-UFC.

Adianta-se que no conjunto das sistematizações, independente da temática abordada, foi possível identificar que as autoras procedem as suas reflexões contextualizando-as nas disputas que se apresentam na saúde em nível nacional, bem como as implicações disso para o trabalho do Serviço Social no âmbito da Política de Saúde.

O texto de Rolim (2015), dentre os trabalhos analisados, é o que reflete diretamente o PP da RESMULTI-UFC. A ênfase da autora foi a direção da formação, no sentido de compreender as contribuições desse programa de residência para a formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade.

Difere da proposta dessa pesquisa, uma vez que o objetivo foi identificar, ao longo do marco temporal estabelecido, as contribuições da RESMULTI-UFC para a organização do trabalho do Serviço Social no transplante, considerando as necessidades de saúde dos usuários e as respostas construídas pelos profissionais no cotidiano do trabalho.

Para apreender a complexidade das necessidades de saúde que se apresentam como demandas e de que forma a categoria intervém, reforça-se que, uma vez que essas se realizaram ao longo da trajetória do Serviço Social na RESMULTI-UFC, a dimensão refletida por Rolim (2015) precisou ser incorporada. Foi fundamental refletir, portanto, o PP, assim como apreender como se deu a sua construção e como foi se desenvolvendo.

A pesquisa teve por ponto de partida a sua experiência como preceptora do transplante hepático e trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. O percurso metodológico constituiu-se de revisão bibliográfica, análise documental e aplicação de entrevistas

semiestruturadas com seis assistentes sociais que integravam a RESMULTI-UFC nessa área de ênfase, sendo essas duas preceptoras, uma tutora e três residentes.

Para compreensão do seu objeto, Rolim (2015) elegeu como eixos teóricos as temáticas acerca da Saúde Pública, da RMS, da interdisciplinaridade e a inserção do assistente social nos programas de formação em serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os roteiros de entrevista têm como principais eixos: o PP e os desafios para a implantação da RMS; e a interdisciplinaridade como eixo norteador da formação do assistente social na residência.

No que concerne ao primeiro eixo, conforme o que foi possível depreender das interlocutoras e da autora se estabeleceu um itinerário para a exposição dessa análise. Aborda-se a construção da proposta da RESMULTI-UFC e a inserção do Serviço Social nessa modalidade de formação; como a forma com que se deu essa construção reverberou na compreensão e nas práticas relacionadas à RMS, sobretudo do ponto de vista das profissionais que assumiram a preceptoria; as expectativas em torno da RESMULTI-UFC para as residentes entrevistadas; o que identificam como desafios e o que conseguem materializar no cotidiano.

Também foi identificada outra questão que será refletida na terceira seção, que é referente às práticas desenvolvidas pelo Serviço Social no atendimento aos usuários nos ambulatórios e enfermarias dos transplantes, uma vez que reflete o fazer profissional propriamente, em seus instrumentos e atividades cotidianas.

Ainda que não tenha sido o objetivo da autora, o que são avaliados como desafios ou avanços no contexto da RESMULTI-UFC compõem os três eixos norteadores para a formação do Serviço Social na RMS proposto por Closs (2010): 01) o ensino em serviço, que diz respeito à formação nos cenários de práticas; 02) as aulas/espços de reflexão teórica desenvolvidos com grupos de assistentes sociais; 03) a pesquisa, a sistematização de saberes e práticas, permitindo adensar o conhecimento e os dados da realidade para subsidiar os dois primeiros, ensino em serviço e reflexão teórica (CLOSS, *idem*, p. 109).

Além de Rolim (2015) apresentar a evolução da assistência em transplante no contexto brasileiro e os avanços nessa área a partir do SUS, situa o seu objeto de análise na Política de Saúde no Brasil, com ênfase no recorte temporal a partir da década de 1980. O significado do REHUF para os HUF's é abordado, sobretudo, em suas considerações sobre a adesão à EBSEH no contexto nacional, apreendendo-a como uma expressão da contrarreforma do Estado ainda em curso.

Tem-se por hipótese que o fato de a pesquisa ter sido realizada em um contexto caracterizado por ser um período de transição para esse modelo de gestão, não possibilitou a

apreensão dos desdobramentos dessa mudança para o cotidiano do HUWC. Aspecto esse que seria observado em campo, mas, por decorrência da pandemia da *COVID 19*, não foi possível.

A menção à EBSEH ou reflexões relacionadas ao significado desse modelo de gestão perpassam as sistematizações das autoras em geral, mas são sugestões de eixos de análise para futuras pesquisas nesse espaço sócio-cupacional a análise institucional visando refletir a filosofia de gerenciamento da empresa, os protocolos e instrumentos de avaliação da produtividade e metas de desempenho nos serviços do HUWC, bem como a dimensão do controle social nos HUF's.

Quanto à formação em saúde, é fundamental refletir a relação da EBSEH com a residência, sobretudo no que diz respeito à condução dos processos seletivos e de formação, à forma como apreende a preceptoría e a tutoría, à direção teórico-metodológica das capacitações realizadas junto aos profissionais, à diversidade de contratos trabalhistas e como isso interfere na autonomia dos trabalhadores, no ensino e no desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão.

Antes da RESMULTI-UFC as demandas que eram identificadas pelas equipes dos ambulatórios e enfermarias dos transplantes eram encaminhadas para a sala central do Serviço Social no referido hospital e atendidas de forma indiferenciada a qualquer outra no contexto do plantão social.

Com o aumento dessas demandas, na medida em que o HUWC foi se consolidando como um importante centro transplantador, o Serviço Social passou a ser requisitado pelas equipes dos ambulatórios e enfermarias dos transplantes com frequência cada vez maior. Inclusive, a reivindicação de profissionais dessa categoria para compor as equipes também foi protagonizada por outros sujeitos.

As três assistentes sociais da equipe de Serviço Social que desenvolveram maior interesse em assumir as responsabilidades particulares a essas unidades, se colocaram a frente para a realização de visitas esporádicas de busca ativa nas enfermarias ou quando o Serviço Social era acionado pelas equipes.

Até a criação da RESMULTI-UFC o processo de assumir essas demandas se deu de forma predominantemente individualizada, onde cada profissional foi criando as suas estratégias, a partir de suas disponibilidades e percepções individuais de como deveria se configurar esse trabalho. Conforme os relatos das preceptoras evidenciam, “foi acontecendo”, sem um planejamento do Serviço Social que visasse debater as particularidades e os objetivos das ações que seriam desenvolvidas nessas unidades, com base nas competências e atribuições da profissão.

Essas profissionais não se inseriam nos fluxos de atendimentos agendados nos ambulatórios de pré ou pós-transplante, não dispunham de instrumentais específicos para esses atendimentos e ficavam sobrecarregadas com situações de outra natureza no plantão social, tendo em vista que uma das razões para essa inserção tardia nos transplantes era o número insuficiente de assistentes sociais para toda a instituição.

No contexto do surgimento da RESMULTI-UFC a equipe do Serviço Social do HUWC era formada por onze assistentes sociais, com vínculo por RJU e contava com o suporte de duas profissionais do quadro de técnicos administrativos. Até março de 2016, quando a residência foi concluída, haviam sido contratadas mais seis assistentes sociais via CLT, através do concurso realizado pela EBSEH em 2014.

Com a RESMULTI-UFC essas três profissionais mencionadas passaram a compor de forma efetiva as equipes dos transplantes ao mesmo tempo em que se tornaram preceptoras da residência. Dadas as circunstâncias, desde o início, a sistematização do perfil socioeconômico do público atendido, a elaboração dos instrumentos direcionados à identificação e atendimento das suas demandas, o mapeamento sistemático de instituições e serviços da RAS, entre outras ações que perpassam a organização do trabalho em um determinado serviço, foram realizadas em conjunto com as assistentes sociais residentes.

Vale ressaltar que a RESMULTI-UFC, até a ampliação do quadro funcional do HUWC, significou para as assistentes sociais de referência dos transplantes mais acúmulo de funções. Além de terem se efetivado nas equipes de transplantes e das funções relativas a isso, passaram a ser responsáveis pelas atividades da preceptoria e se dividiam entre ambulatórios, enfermarias e atendimentos de demandas de todo o hospital na sala central do Serviço Social.

Esse acúmulo de funções dificultava a consolidação de vínculos, as atividades articuladas às equipes multiprofissionais, o planejamento, a supervisão, a sistematização das práticas, a qualidade do atendimento prestado e, para as residentes, o suprimento de lacunas dos serviços, realizando atividades que deveriam ser assumidas por profissionais com vínculo empregatício para com a instituição ou realizadas com a garantia de supervisão.

A partir do ano de 2015 houve avanços em relação à permanência, dentro da carga-horária de trinta horas, no atendimento individual, através das entrevistas sociais pré-agendadas nos ambulatórios, e ao atendimento de demandas espontâneas específicas do serviço em questão. O que tirou a sobrecarga de ficar atendendo outras demandas gerais do hospital na sala central do Serviço Social, salvo quando requisitadas ao cumprimento de plantões aos finais de semana ou feriados.

Nota-se que por sua potencialidade em se realizar para qualificar o atendimento às necessidades em saúde no âmbito do SUS, o formato de pós-graduação das residências instiga à sistematização e à avaliação dos processos de trabalho, bem como propiciam a capacitação permanente dos sujeitos envolvidos. No entanto, no contexto mencionado as residentes foram parte intrínseca responsável pelo início da organização das práticas profissionais nessas unidades. Há, portanto, um vínculo orgânico entre a RMS e a estruturação do Serviço Social nesse contexto.

Para essa pesquisa, o que se destacou como principal contribuição da dissertação de Rolim (2015) foram as reflexões em torno do processo de criação do PP da RESMULTI-UFC e as implicações disso para o trabalho das assistentes sociais na assistência em transplante, uma vez que passaram a exercer a preceptoría.

O que se evidenciou nos relatos é que a criação da RESMULTI-UFC não fugiu a regra do que foi a expansão da RMS a partir de 2010 em nível nacional, no qual os programas foram construídos de forma verticalizada, sem a participação efetiva dos profissionais que assumiriam a supervisão nos cenários de práticas.

Conforme o relato de uma das preceptoras entrevistadas, com o qual Rolim (2015), que também era preceptora na ocasião, mostra concordância, dessa construção do PP participaram somente as profissionais do corpo docente e a tutora da residência. Como não há curso de Serviço Social na UFC, a participação de docentes do Serviço Social se deu com professoras vinculadas à UECE. Essas contribuíram com a construção das ementas e sugestão de disciplinas consideradas fundamentais para a formação de assistentes sociais residentes (idem, p. 74).

As profissionais que assumiram a preceptoría foram informadas de forma repentina que seriam preceptoras dos futuros residentes do Serviço Social, quando o trabalho nos transplantes ainda estava em processo de organização. A leitura que se faz da ausência dessas profissionais no processo de construção do PP da RESMULTI-UFC é que houve um reforço da dicotomia entre quem pensa a formação e os profissionais da prática.

Essa dicotomia guarda semelhanças ao equívoco do movimento que foi gestado por parte significativa dessa categoria a partir da incessante contraposição às práticas do Serviço Social tradicional e de seus referenciais teórico-metodológicos, que foi o afastamento do debate técnico-operativo (IAMAMOTO, 2012).

O amadurecimento teórico a partir dos anos 1990, já pautado em 1982 por Iamamoto e Carvalho (2007), fruto do esforço coletivo de apropriação da teoria social crítica, forneceu respostas significativas às tendências ao *teoricismo*, ao *militantismo* e também ao *pragmatismo*, no sentido de efetivamente contribuir para a mobilização das três dimensões (ético-política,

teórico-metodológica e técnico-operativa) na atividade cotidiana, apontando a investigação como uma dimensão intrínseca ao exercício profissional nos distintos espaços.

Por isso, a participação da preceptoria na construção do PP seria fundamental, tendo em vista que o estudo e a investigação são dimensões intrínsecas ao exercício profissional orientado pelo projeto ético-político da profissão e proporcionaria ainda mais subsídios para a construção de ementas que articulassem efetivamente o conteúdo teórico às situações concretas junto aos usuários, equipe e gestão do HUWC.

Ressalta-se que a celeridade da implementação dos programas foi imposta pelo contexto nacional mencionado e isso pode ter repercutido nas lacunas apontadas no processo de construção e no texto do PP. Por considerar os limites postos pelas condições objetivas e, ao mesmo tempo, a residência como um campo estratégico para a formação e para o trabalho em saúde, o Serviço Social não poderia se eximir da sua construção.

Considera-se um ganho teórico-metodológico e uma forma de dar respostas aos entraves impostos pelo processo a iniciativa das assistentes sociais que compuseram a comissão responsável pela elaboração do PP de tornar as aulas da RESMULTI-UFC espaço articulado de EPS para toda a equipe do Serviço Social.

Rolim (2015, p. 76) expõe trechos das entrevistas em que é relatado o desconforto em ter que assumir a preceptoria sem saber exatamente como funcionava um programa de residência e também por não saber como lidar com os residentes, sobretudo em um contexto em que o trabalho nos ambulatórios e enfermarias ainda não estava estruturado.

Embora, no geral, se pontue o aprendizado para ambas as partes, residente e preceptor, proporcionado por essa modalidade de formação, a construção do PP sem formação e debates teve repercussões na forma com que as preceptoras compreenderam como se dá o processo de ensino-aprendizagem em um programa dessa natureza. Rolim (2015) aponta que há divergências de compreensão nos discursos das preceptoras entrevistadas.

Há quem considere a residência como oportuna às práticas profissionais, sobretudo pela dimensão formativa que o programa encerra, bem como contribui para redefinir os processos de trabalho de forma compartilhada, revisitando o aporte teórico-metodológico da profissão (idem, p. 78) e quem sinalize a vivência no percurso da RESMULTI-UFC como um “processo natural,” que tem a profissional que fica à frente da assistência em transplante e naturalmente assumiu a preceptoria, a responsável pelas aulas e o residente conformaria à dinâmica do trabalho já desenvolvido (idem, p. 80).

As diferentes compreensões em torno dessa modalidade de formação apontadas por Rolim (2015) sinalizam a importância de no cotidiano do trabalho em equipes de saúde ter

espaços de debates que articulem o significado de defender uma proposta de formação que tem por objetivo formar trabalhadores para o SUS ao significado social da profissão. Do contrário, incorre-se no risco de uma atuação profissional sem direcionamentos construídos de forma coletiva e reprodutora da lógica do treinamento em serviço, ainda presente de forma significativa nos HU's. Por essa lógica, a formação do residente fica restrita a apreender os protocolos, ao aprimoramento técnico e se adequar às normas e rotinas já estabelecidas.

A chegada da primeira residente do Serviço Social significou, conforme relato de uma das preceptoras, a elaboração conjunta do trabalho nos transplantes. Foi com essa residente que a busca ativa nos ambulatórios e enfermarias se fez de forma mais frequente. Deu-se através de orientações em salas de espera sobre os direitos dos usuários e aplicação de formulário, tentando apreender algumas demandas dos usuários e acompanhantes no contexto das diferentes fases do transplante (pré, pós-imediato ou acompanhamento sistemático).

Essas ações foram fundamentais para então se estabelecer os dias de atendimentos agendados nos ambulatórios e construir um instrumento de entrevista (ficha social) condizente com as particularidades de um tratamento de alta complexidade como é o transplante (ROLIM, *idem*, p. 78).

Importa observar que esse processo inicial pode ter contribuído não só para a escolha do tema do TCR de Medeiros (2011), que foi a primeira assistente social residente dessa área de concentração, mas o fato de já em 2011 ter a sistematização desse trabalho pronta, antecipando-se ao ano de conclusão da residência, que foi 2012. Nesse TCR foi exposto o que a então residente apreendeu do perfil dos usuários do transplante hepático e as expressões da questão social mais evidenciadas nesse contexto.

Assim como Closs (2013, p.182, apud Rolim, 2015, p 78), concorda-se que, embora a inserção na preceptoria tenha se dado por determinação da instituição, tendo em vista o caráter de ensino, pesquisa e extensão dos HU's, a implantação da RMS e a chegada do residente favorecem a construção de experiências de educação aos trabalhadores inseridos nos serviços onde o programa se realiza.

Quanto aos relatos das residentes sobre as suas expectativas ao optarem por ingressar em um programa de RMS e as suas experiências na RESMULTI-UFC, tem-se que os discursos das três entrevistadas convergem para a busca pela primeira experiência profissional ou pela experiência na saúde, tendo em vista que apenas uma mencionou experiência nesse campo. Quanto às demais, para uma dessas foi a primeira experiência como assistente social e a outra já havia atuado em espaços de outra natureza. Além disso, revelaram o “anseio em vivenciar o exercício profissional articulado à formação permanente” (ROLIM, 2015, p. 92).

Um ponto importante a ser refletido desses relatos é que as residentes apontaram como motivação para ingressar na RESMULTI-UFC a possibilidade de articular teoria e prática no contexto do trabalho do Serviço Social. Alguns trechos das entrevistas elucidam a preocupação com essa articulação.

Dentre esses trechos, tem-se: *“eu não queria sair da formação e entrar direto no mestrado [...] eu queria ter essa vivência do cotidiano [...] mas, ao mesmo tempo, quando eu fui pra prática, eu senti essa ausência da problematização”* (p. 92-93). Outros como, *“a minha expectativa era não só me especializar em uma área como aluna, mas também aprender o que é na verdade ser assistente social no trabalho”* (p. 93), ou *“eu já tinha em mente que, se fosse pra fazer alguma coisa, eu não queria me desvincular totalmente da academia [...] a partir do momento que eu passei [na residência] que eu pude refletir um pouco mais esse lado bom [...]”* (p. 93).

Tendo em vista que a instrumentalidade da profissão pressupõe a articulação entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, quando as residentes apontam que a inserção na RESMULTI-UFC se deu por uma busca por aprender “o que é ser assistente social,” sinaliza-se um déficit na graduação em Serviço Social no que diz respeito à dimensão técnico-operativa de forma articulada às outras duas. Corrobora-se para o reforço da ideia de dicotomia entre teoria e prática.

Compreende-se que a RMS, por sua natureza, proporciona grande contribuição para a construção de reflexões, debates e para a sistematização do trabalho, de forma subsidiada pelo aporte teórico-metodológico acumulado pela profissão, mas não deve ser o único espaço. A residência ou qualquer outro programa de formação deve ser contínuo e complementar, mas não suplementar, no sentido de suprir lacunas da graduação para com o exercício da profissão.

Rolim (2015) não adentra de forma mais profunda nessa questão, pois não é o seu objeto de estudo, mas considerou-se importante apresentar o que pode ser desdobrado em sistematizações posteriores, a partir dos relatos das residentes sobre os seus anseios para com a RESMULTI-UFC.

Além dos anseios por perceberem na residência a possibilidade de remuneração, diante de um contexto de desemprego estrutural ou de obtenção de um título que permita o alcance melhores posições no mercado de trabalho, sobretudo no âmbito do SUS, a expectativa de “finalmente tornar-se assistente social” é uma demanda que, se investigada, pode se evidenciar como concreta para quem opta por essa modalidade de formação.

No que concerne à interdisciplinaridade como eixo norteador da formação do assistente social na residência, o que se tem por síntese das concepções das profissionais entrevistadas é

que essas a apreendem como a interconexão entre os saberes no contexto das equipes multiprofissionais, sem “invadir” as especificidades da atuação de cada profissional (idem, p. 81).

Nos discursos percebe-se a compreensão da relação da interdisciplinaridade com o princípio da integralidade, mas é destacado como desafio às ações interdisciplinares fazer com que esteja pautada nos processos de trabalho em saúde de forma sistemática e não apenas pontualmente. Evidenciam a falta de interlocução com o Programa de Residência Médica como um desafio ao avanço do trabalho multiprofissional e Rolim (2015) destaca nesse contexto a necessidade de um projeto de formação que supere a superespecialização e a fragmentação do atendimento, de forma a se efetivarem os planejamentos de intervenções interdisciplinares.

No discurso de uma das residentes, percebe-se que, além de outros fatores, se pontua a responsabilidade dos outros profissionais em tomarem iniciativas para não ficarem mercê da prática médica (idem, p. 86). Tem-se acordo que isso passa por decisões do campo da subjetividade dos profissionais, mas que requer formação teórica e metodológica, no sentido de apreender os fundamentos da configuração do atendimento organizado por processos de cooperação verticalizados e subsidiários do saber médico, a articulação junto a outras categorias que compõem as equipes e também aos usuários dos serviços prestados.

Trata-se de um processo mais complexo, portanto, pois envolve a própria lógica capitalista de organização do trabalho. Seja pelas implicações próprias às condições de contratação, os requisitos institucionais para os quais o trabalhador foi contratado, as condições materiais, tempo para investir em formação e na construção de processos de intervenção coletivos e qualificados, entre outros; seja por sua natureza alienada, cuja finalidade é a satisfação de interesses estranhos, fazendo com o que o trabalho seja para o trabalhador meio de vida, de sobrevivência que se realiza pelo recebimento de salário. Distancia-se, portanto, do seu potencial emancipador.

Se o trabalho é meio de sobrevivência, não causa estranhamento que, muitas vezes, outros horizontes se interponham à perspectiva da superação da centralidade do saber médico, por exemplo. Não causa estranhamento que fique em plano secundário, uma vez submetido a uma lógica alienada e alienante, o empenho na construção de um modelo de atenção integral, que prioriza o atendimento das necessidades dos sujeitos, a partir de uma concepção ampliada de saúde.

No que se identifica como desafios e avanços, tomando por referência o primeiro dentre os três eixos de avaliação proposto por Closs (2010) contextualizados no primeiro capítulo, “o ensino em serviço – formação nos cenários de práticas”, tem-se que apesar do processo

verticalizado de construção do PP da RESMULTI-UFC, as profissionais que assumiram a responsabilidade pela preceptoria mostraram empenho em revisitar o aporte teórico-metodológico da profissão, em investir em formação e que percebem na relação com o residente um processo de ensino-aprendizagem que é mútuo.

Além da direção ético-política do projeto dessa categoria, contraditoriamente, o processo de consolidação do Serviço Social nas equipes de transplante ter acontecido em concomitância com a chegada da primeira residente, que participou de forma orgânica do início da construção do trabalho, pode ser um dos fatores que corroboraram para que os relatos das residentes entrevistadas por Rolim (2015, p.115) apontem para uma percepção das relações estabelecidas com a equipe do Serviço Social na sua totalidade como “democráticas e construídas de forma compartilhada”. O que não significa interpretar que as concepções e práticas profissionais sejam homogêneas e sem tensionamentos.

Do ponto de vista das condições para a realização da supervisão de forma efetiva e sistemática, são apontadas à sobrecarga de trabalho para preceptoras e tutoras. O que ocorre, sobretudo, pela ausência de uma política de valorização dessa atividade. Essa ausência dificulta não só as atividades com os residentes, mas, como exposto, tem implicado na concretização da atenção integral.

Alguns trechos dos relatos das diferentes interlocutoras reforçam o caráter pontual das ações interdisciplinares: *“a gente só pede para o paciente: procure a nutrição, procure o médico, mas não existe um fluxo [...] eu estou te passando a demanda; isso não é interdisciplinar, porque não existe essa de pensar coletivo [...]”* (idem, p.71). Tem-se, ainda, *“[...] a gente não discutiu esse caso [...] eu só sinalizei para outra profissional que é bom que ela atenda [...]”* (idem, p. 71). Aponta-se, também a insuficiência de profissionais para o atendimento das demandas dos ambulatórios e enfermarias como um entrave ao atendimento integral: *“a gente deveria ter realmente uma equipe em cada ambiente que faz o transplante [...] uma assistente social na enfermaria e outra no ambulatório [...]”* (idem, p.71).

As residentes pontuam que ainda conseguem desenvolver ações de forma aproximada do que seria a integralidade com os demais residentes das outras categorias *“menos a médica, claro (risos)”* (idem, p.71). Atribui-se a essa *“maior abertura”* o contato frequente nos espaços de formação da residência.

Kuss e Lewgoy (2019) destacam como de significativa importância para a materialização da atenção integral que a preceptoria de núcleo se realize como espaço de mediação entre o trabalho profissional na interface com as outras áreas profissionais. Os relatos das residentes evidenciam essa lacuna ao afirmarem que só conseguem perceber avanços na

atenção integral junto aos próprios residentes. Esses relatos, somados aos registros em diários de campo sobre projetos terapêuticos singulares construídos apenas entre residentes, sinalizam as dificuldades enfrentadas para o exercício da supervisão.

Cabe pontuar que em 2016 o HUWC redimensionou as suas equipes de referência, com base na PNH. No TCR de Alves (2018), realizado no TMO, são apresentadas reflexões em torno desse redimensionamento, especificamente relacionado à equipe desse transplante. As mudanças decorrentes desse processo podem proporcionar avanços no que concerne à interdisciplinaridade.

Quanto ao segundo eixo, “aulas/espços de reflexão teórica desenvolvidos com grupos de assistentes sociais” (CLOSS, 2010), considera-se que as aulas do eixo específico constituírem espaços de EPS para o Serviço Social do HUWC e também MEAC é fundamental para que não só a proposta da residência e o papel do residente na instituição sejam compreendidos, mas, sobretudo, para refletir o cotidiano do trabalho, a partir do referencial teórico do projeto ético-político da profissão.

Com base na experiência como residente, o cotidiano do trabalho era refletido nas aulas, de forma geral, através da apresentação de estudos de caso e dos relatos das residentes sobre o andamento de suas pesquisas. As avaliações ocorreram através da apresentação de seminários e da construção de sistematizações que articulassem o conteúdo teórico com as situações cotidianas. Algumas dessas sistematizações se deram em conjunto com as preceptoras e sob supervisão da tutora.

Quanto ao terceiro eixo proposta por CLOSS (2010), “a pesquisa, a sistematização de saberes e práticas, permitindo adensar o conhecimento e os dados da realidade para subsidiar os dois primeiros, ensino em serviço e reflexão teórica,” reflete-se que o Serviço Social do HUWC, a partir da RESMULTI-UFC, ampliou a sua produção teórica. Não só através dos TCR’s, mas por outras vias que, inclusive, se realizaram por profissionais que não estão no exercício de funções relativas à residência.

Andrade, Félix e Alcântara (2020), ao refletirem os desafios da dimensão técnico operativa no trabalho do Serviço Social no HUWC como um todo, apontam como resultados positivos da RESMULTI-UFC a publicação de artigos e periódicos científicos sobre o processo de trabalho e a instrumentalidade profissional nos transplantes e na saúde mental; a contribuição da RESMULTI-UFC para a redefinição do processo de trabalho desenvolvidos pelas assistentes sociais do HUWC e a construção de metodologias ativas em processos de educação em saúde.

Embora, como foi pontuado, das egressas do Serviço Social, somente duas estejam trabalhando no SUS, concorda-se com Andrade, Félix e Alcântara (2020) que essas

profissionais traçaram caminhos que representam conquistas importantes após a conclusão da residência. Dentre essas conquistas, destacam-se o ingresso em Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu* reconhecidos por sua excelência e a aprovação em concursos públicos. O que, ao mesmo tempo, levanta a questão “por que não estão no SUS?”.

Postas essas considerações, cabe destacar que o Serviço Social no decorrer da residência imprimiu esforços em promover espaços de reflexões sobre a sua inserção no programa e sobre a intervenção profissional, no sentido de redefinir e fortalecer essas dimensões do trabalho. Um marco importante desse processo foi o planejamento realizado em janeiro de 2015.

Esse planejamento, segundo Maia, Andrade e Rocha (2019), sinalizou a necessidade de repensar e ampliar o plano de EPS do Serviço Social; realizar a avaliação e construção de indicadores que norteiam a intervenção profissional; formar grupo de trabalho para promover a discussão da instrumentalidade; a análise dos instrumentais técnico-operativos utilizados; discutir a natureza da intervenção, objetivos e procedimentos do fazer profissional, bem como o desenvolvimento de estratégias de fomento à produção científica e a sistematização da prática profissional.

O referido planejamento teve a participação das assistentes sociais que eram residentes no período e foi de fundamental contribuição o acúmulo das reflexões construídas nas aulas, supervisões, reuniões, elaboração de TCR's, dentre outras atividades relacionadas à RESMULTI-UFC, tanto na assistência em transplante, como na saúde mental.

A participação nos espaços de discussão da equipe do HUWC é constantemente reiterada nos relatos em diário de campo, no qual se recorda que nos momentos de planejamento havia a preocupação em pautar a direção da formação no âmbito da RESMULTI-UFC e as condições de trabalho das preceptoras.

Como já exposto, nas contradições que envolvem a adesão à EBSERH, a ampliação do quadro funcional do Serviço Social possibilitou pautar a diminuição da sobrecarga de trabalho das profissionais de referência dos serviços inscritos na RESMULTI-UFC. Ainda assim, é importante enfatizar que o número de profissionais na preceptoria continua insuficiente para a complexidade das necessidades de saúde que se apresentam como demandas a serem atendidas pelo Serviço Social.

Importa sinalizar que algumas profissionais do quadro efetivo do HUWC ou se aposentaram ou estão se encaminhando para a aposentadoria. Esse processo pode reverberar no exercício da preceptoria, quer se realize com quadro funcional reduzido ou pela atribuição das funções de preceptor aos profissionais com contratos de trabalho temporários ou que impõem maiores limites à autonomia do exercício profissional.

Pode, também, intensificar a responsabilização dos residentes pelo conjunto das ações assistenciais, como se pertencessem ao quadro funcional da instituição, e comprometer os estudos e pesquisas nesse âmbito, respondendo aos interesses e requisições institucionais e não às necessidades da população.

Em 2016, com vistas ao desenvolvimento de estratégias de fomento à produção científica e à sistematização do trabalho profissional, foi realizado outro planejamento estratégico. Buscou-se, a partir desse, o aprimoramento dos instrumentais utilizados. Maia, Andrade e Rocha (2019) relatam que foi estabelecido um processo de supervisão sistemático da equipe do HUWC, residentes e estudantes de Serviço Social na condição de estagiários, tendo em vista os novos desafios ao trabalho com a gestão da EBSEH, fazendo-se necessário reafirmar os princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

Ao longo da exposição das análises da dissertação de Rolim (2015), bem como o subsídio de outras produções do Serviço Social do HUWC que vão além do transplante, foi possível identificar como essa categoria tem imprimido esforços em se contrapor à lógica de desmonte do SUS, onde se inclui a materialização da residência como trabalho precarizado, e em fortalecer as ações realizadas, conforme o que são suas competências e atribuições. Reforça-se a relevância do aporte teórico-metodológico que subsidia o projeto ético-político dessa profissão para que as profissionais contribuam ainda mais para o desenvolvimento das práticas interdisciplinares.

Além do redimensionamento do trabalho no HUWC, o que também se destaca como de significativa contribuição da RESMULTI-UFC para o Serviço Social nos processos de trabalho coletivos dos transplantes são as reflexões em torno das expressões da questão social sistematizadas nesse período. Essas, além de contribuir para que o Serviço Social reflita e redefina constantemente a sua intervenção, devem ser refletidas junto às equipes e aos usuários nas aulas, sessões clínicas, seminários, entre outros espaços.

3.4 As expressões da questão social evidenciadas nas unidades de transplante do HUWC

Sete dentre as quatorze sistematizações analisadas no curso dessa pesquisa deram ênfase às expressões da questão social mais evidenciadas nas unidades de transplante. A apreensão dessas, vinculadas ao campo da determinação social do processo saúde-doença, é essencial ao planejamento das atividades pertinentes ao trabalho profissional.

Medeiros (2011) produziu o primeiro TCR do Serviço Social no contexto da RESMULTI-UFC. Apresentou um panorama geral das expressões da questão social que repercutiam na saúde dos usuários transplantados ou que se encontravam em avaliação para inserção na lista de espera, tendo por campo de investigação o ambulatório de transplante hepático.

Embora tenha se detido ao transplante hepático, esse TCR teve relevância impar para a organização do trabalho do Serviço Social no contexto do HUWC. A sua leitura, no contexto vivenciado, foi indicada como atividade introdutória durante o primeiro mês do ingresso na RESMULTI-UFC e os dados levantados foram subsídios para o TCR de Viana (2015) e para o capítulo 14 do *e-book* “Políticas Públicas no Brasil: exploração e diagnóstico” (volume 5), construído por Gurjão et. al. (2018).

Medeiros (2011) realizou no ano de 2011 dez entrevistas semiestruturadas com usuários atendidos no ambulatório do transplante hepático, sendo esses cinco em acompanhamento de pré transplante e cinco que realizaram transplantes anos de 2010 e 2011. Importa sinalizar que em parte do período analisado não havia a ficha social específica para os atendimentos dessa natureza.

Para traçar o perfil dos usuários a então residente recorreu às informações geradas pela equipe de enfermagem do ambulatório, que foram mensuradas por gênero, diagnóstico e origem regional dos noventa e um transplantados em 2010 e ao primeiro formulário esboçado para obtenção de informações sobre os usuários, que foi mencionado por umas das preceptoras entrevistadas por Rolim (2015). Esse permitiu qualificar o perfil de quarenta e oito do universo de noventa e um sujeitos.

Do panorama traçado depreenderam-se algumas características relativas ao perfil dos sujeitos atendidos no referido transplante, cujas variáveis consideradas no atendimento do Serviço Social também foram refletidas no TCR de Adeodato (2018), como subsídio ao seu estudo sobre “a relação do agravamento da questão social e o processo de trabalho do Serviço Social” (idem, p. 3).

Adeodato (idem) obteve esses dados a partir dos registros em ficha social de entrevistas realizadas por assistentes sociais no ambulatório de transplante hepático com sessenta e cinco usuários que em 2018 se encontravam em acompanhamento pré-transplante.

No TCR’s de Medeiros (2011) considerou-se a religião, escolaridade, situação ocupacional, o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, rendimento familiar absoluto *per capita* e condições de moradia. Além do levantamento de dados a partir dessas

variáveis, no ano de 2018, Adeodato (2018) acrescentou informações relativas à raça/cor e aos familiares/cuidadores.

Considerou-se pertinente, portanto, refletir algumas das informações expostas em ambos sobre as quais os demais TCR's dão ênfase nas suas problematizações. São esses referentes à origem regional; à situação ocupacional, ao vínculo trabalhista, à renda familiar *per capita*, à relação gênero e cuidado em saúde e referentes à raça/cor.

De acordo com Medeiros (2011), a origem regional dos quarenta e oito usuários correspondia às seguintes estatísticas: 30% residem em Fortaleza, 8% em outros municípios do Ceará, 38% em outros estados da região Nordeste e 24% na região Norte do país.

Nos dados relativos à origem regional levantados por Adeodato (2018), tem-se que os sessenta e cinco usuários também eram procedentes das regiões Norte e Nordeste do Brasil, sendo 3,1% do Acre, 1,5% do Amapá, 9,2% do Amazonas, 13,8% do Pará, 3,1% de Roraima, 1,5% de Tocantins, 36,9% do Ceará, 6,2% do Maranhão, 6,2% do Piauí, 12,3% do Rio Grande do Norte e 6,2% de Sergipe. Desses, cinquenta e seis (86,2%) residiam em áreas urbanas e nove (13,8%) em áreas rurais.

Medeiros destaca duas expressões da questão social associadas a essa realidade:

(1) a desigualdade regional na existência de centros transplantadores hepáticos efetivamente atuantes, o que envolve dimensões econômicas, sociais e políticas. (2) os impactos culturais e socioeconômicos aos pacientes em decorrência das mudanças envolvidas no deslocamento, assim como a 'ruptura', embora momentânea, com os seus vínculos familiares e comunitários (MEDEIROS, 2011, p. 09).

Em relação à situação ocupacional de quarenta e oito usuários, de acordo com os dados levantados por Medeiros (2011), 29% de trabalhadores tinham vínculos formais de trabalho (desses, 43% de licença, 29% em auxílio-doença e 28% ativos); 17% eram trabalhadores informais (50% não contribuintes previdenciários, 38% contribuintes ativos e 12% contribuintes em auxílio-doença); 2% de trabalhadores rurais em atividade; 15% em situação de desemprego; 27% aposentados e 10% com Benefício de Prestação Continuada.

Quanto aos dados de renda familiar *per capita*, 23% do universo de quarenta e oito usuários possuíam renda de menos de um quarto de salário mínimo; 54% de um quarto a dois salários mínimos; 19% mais de três salários mínimos e 4% não declararam (*idem*). O que se observa dessas informações é que 23% dos usuários possuíam na ocasião renda inferior a um quarto de salário mínimo, quando somente 10% eram beneficiários do BPC.

O percentual de usuários que estavam fora do mercado de trabalho, dentre os sessenta e cinco usuários analisados por Adeodato (2018), era de 40%. Considera-se um número significativo, somados aos 12,3 % que trabalhavam por conta própria e os 18,5 % de

desempregados. Do universo analisado, 18,5% estavam empregados, 3,1 % eram empregadores e 10,8% em condição de trabalho não remunerado (considerado assim pelo IBGE os que são atuantes na produção de bens primários ou mineral, caça, pesca e piscicultura).

Quanto ao recorte de renda, dos sessenta e cinco, 56,9% variava de inexistente a dois salários mínimos; 10,8 % recebiam entre dois e três salários mínimos e 32,3 % acima de três salários mínimos. A composição dessa renda era proveniente de salário (30,8%), aposentadoria (46,2%), pensão (3,1%), auxílio doença (24,6%), BPC – pessoa com deficiência (10,8%), atividade laborativa informal (21,5%) e contribuições de terceiros (10,8%). Ou seja, 43,1% de rendimento desses eram provenientes do somatório do percentual do BPC, da informalidade e da contribuição de terceiros (ADEODATO, 2018). Nota-se que a realidade do acesso ao BPC, conforme as informações obtidas no TCR de 2011 e no de 2018 não sofreu alterações substanciais.

Se investigados a fundo, os dados ocupacionais podem elucidar que as condições de vida dessa população são ainda mais alarmantes e isso evidencia a importância de um sistema que garante o acesso gratuito e universal à saúde. O fato de a RESTMULTI-UFC ter permitido a contínua reflexão em torno do campo onde se atua mostra-se como de suma importância para que cada vez mais os profissionais tenham acesso a reflexões que permitam maior compreensão dos fenômenos identificados.

As sistematizações de Gurjão, Maia e Carvalho (2018), de Silva (2018) e de Santos (2019) têm informações que permitiram elucidar ainda mais o que pode estar no cerne das informações relativas à situação ocupacional e renda familiar.

Dos dois primeiros, que analisam o Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) na perspectiva dos usuários dos transplantes renal e TMO, respectivamente, depreende-se que a permanência em outro local, a realização de exames requisitados e outras necessidades a serem supridas quando se pretende ou se é submetido a esse processo, exige dos usuários o mínimo de condições financeiras para arcar com essas despesas, independente do suporte do programa.⁵⁵

A exemplo dessa afirmativa, em Gurjão, Maia e Carvalho (2018) transcreveu-se a declaração de usuários como *“eu ainda tenho uma irmã minha que ainda me ajuda [...] se não tivesse ela, ainda tá muito atrasado, né;”* *“a nossa ajuda de custo veio chegar aqui depois de*

⁵⁵ O TFD é viabilizado pelo SUS através da Portaria Federal nº 055, de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Destina-se aos usuários da saúde pública que buscam atendimento médico a mais de cinquenta quilômetros do local de origem, quando o município ou estado não oferecem o tratamento.

oito meses [...] se nós tivesse dependendo só dela não dava não;” ou de uma terceira que relatou *“no dia que eu adoeci, o médico passou um remédio que não tinha no posto. Eu tive que comprar [...],”* e ainda *“você tem que se preparar pra vir com um dinheiro extra, porque demora. Eu vim em 20 de março [...] veio entrar agora 14 de julho”*.

Os discursos, como enfatizado pelas autoras, demonstram que esses usuários “fazem parte de um seletivo grupo de pessoas que, ainda que com muitas dificuldades, dispunham de condições para custear transporte e diárias no local de tratamento” (idem, p. 168). O que sinaliza para o problema da subnotificação das necessidades de saúde correlacionada à desigualdade socioeconômica.

O terceiro TCR refere-se a um estudo no qual Santos (2019) reflete o retorno ao trabalho dos transplantados renais, uma vez que no atendimento e acompanhamento social além dos direitos sociais, as demandas trabalhistas são as mais frequentes. Tem-se por objetivos específicos: “1) identificar os fatores que influenciam no processo de retorno ao trabalho; 2) identificar o índice de reinserção ao trabalho por transplantados renais atendidos no HUWC no período de junho/2018 a dezembro/2018” (idem, p. 03).

O aspecto mais relevante desse estudo é a identificação de como as transformações da organização do trabalho nos marcos da sociedade capitalista se apresentam junto aos sujeitos que enfrentam um processo de adoecimento que requer o afastamento das atividades laborativas. Quando na possibilidade retornar, em alguns casos, exigem-se adaptações.

O universo pesquisado por Santos (2018) foi selecionado a partir do sistema *Master*,⁵⁶ de onde extraiu uma amostra de trinta usuários que foram submetidos ao transplante renal e atendidos pelo Serviço Social, entre junho e dezembro de 2018. Por critérios de exclusão foram definidos a idade a partir de dezoito anos e que fossem transplantados há menos de três anos. A partir disso, realizou entrevistas semi-estruturadas com dez usuários que tinham retornos agendados entre setembro e novembro de 2019.

Nos dados levantados referentes ao vínculo trabalhista, através das entrevistas, percebe-se um aparente equilíbrio nas informações, uma vez que cinco participantes eram vinculados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e os demais eram assistidos pelo BPC. Contudo, quatro dentre os primeiros encontravam-se recebendo o auxílio-doença e um usuário recorreu à aposentadoria por tempo de serviço logo depois da realização do transplante. Entre os nove entrevistados, apenas três relataram retorno gradativo às atividades.

⁵⁶ Sistema de integrado de administração hospitalar e controle clínico do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC). São registrados os dados pessoais dos usuários que estão em acompanhamento ambulatorial ou internados e agendados os atendimentos na instituição.

Apesar das garantias decorrentes da natureza do vínculo de parte dos usuários, os dados levantados por Santos (2019) expressam que as condições para o retorno ao trabalho após o tratamento são reveladoras de iniquidades:

O índice de retorno ao trabalho foi de 33% do total dos entrevistados que corresponde a 3 pessoas. Porém, nenhum deles conseguiu alterar a condição de beneficiário de auxílio-doença ou BPC, mantendo vínculos no mercado de trabalho informal e por conta própria. Esse dado reforça a necessidade de considerar as condições para retorno ao trabalho após tratamento de saúde, como indicadores em estudos sobre as iniquidades em saúde da população. (SANTOS, 2019, P. 17).

Embora o transplante, em sua potência, permita melhor qualidade de vida e autonomia aos sujeitos nas atividades cotidianas, é perpassado pelo atual cenário político-econômico de reestruturação produtiva. Concorde-se com Santos (2019) que o trabalho “tem inúmeros significados para a vida do transplantado, pois envolve necessidades materiais e imateriais” (idem, p. 10).

Ainda que nos processos de trabalho específicos do modo de produção capitalista os próprios trabalhadores sejam convertidos em instrumentos/meios de satisfação da reprodução ampliada do capital, nesse há potencial intrínseco de emancipação, uma vez que funda e perpassa a sociabilidade e é meio de construção de identidade. Mesmo que haja todo um aparato que reforce a ideologia dominante, não se compra a capacidade dos sujeitos de perceberem a realidade, suas contradições, de pautarem os seus anseios individuais e coletivos.

Posto isso, considera-se a pertinência das reflexões de Santos (2019) em torno do direito ao trabalho. Não só por ser meio através do qual o trabalhador garante a sua reprodução, mas porque a sua realização pelo trabalho não está excluída. Nessa atividade residem projeções individuais e também coletivas. Essas podem, inclusive, vislumbrar a ruptura com a organização da produção na forma como está instituída.

Os usuários realizam o transplante porque existe a possibilidade de prolongar e melhorar as suas condições de vida. No caso dos usuários do transplante renal, “sair da máquina,”⁵⁷ no geral, é a principal motivação. Contudo, o adoecimento crônico se revela como oportuno ao capital. De um lado, alimenta a produção de medicamentos de alto custo e insumos de alta densidade tecnológica. Por outro, inserir esses sujeitos no mercado de trabalho é algo visto como prejuízo.

Santos (2019) elucida que essas iniquidades se expressam na precariedade dos programas de reabilitação profissional, tanto para os usuários do BPC como para os

⁵⁷ Expressão comumente utilizada para referir-se ao tratamento de hemodiálise.

beneficiários do auxílio-doença, mas também nas próprias incertezas diante da atual flexibilização das relações de trabalho.

Os relatos dos usuários demonstram o medo de perderem o emprego, em decorrência da necessidade de terem que se ausentar para consultas e exames com certa frequência ou não poderem se submeter a qualquer condição e, com isso, ficarem sem o BPC e também sem salário.

As reflexões expostas nessa pesquisa, subsidiadas por Marx e por autores do campo marxista que desvelam a lógica do trabalho no modo de produção capitalista, bem como da sua nova morfologia (ANTUNES, 2018) com a reestruturação produtiva, demonstram que essa preocupação dos usuários tem fundamento.

Ainda que com um quantitativo relevante de trabalhadores vinculados ao RGPS, na pesquisa de Santos (2109) somente um dos entrevistados informou ter renda familiar superior a três salários mínimos. Tendo esse entre quatro e cinco. Os demais tinham renda entre um e três, provenientes dos benefícios assistenciais e previdenciários.

No TCR de Medeiros (2011) os discursos dos usuários enfatizam a importância do acesso a direitos sociais como fator de adesão ao tratamento: *“tudo fica mais fácil, pois este é um momento em que nos encontramos fragilizados.”* Afirmam, também, como principais fontes de informações sobre os seus direitos os assistentes sociais e a Associação Cearense dos Pacientes Hepáticos e Transplantados (ACEPHET).⁵⁸

Considera-se de suma relevância para os assistentes sociais sistematizações que além dos qualitativos, apresentem dados quantitativos, uma vez que permitem elucidar o universo do público com o qual estão lidando e não só fornecer dados para o registro institucional, mas subsidiar as práticas no trabalho em equipe, bem como transcender a execução de políticas, programas ou projetos, usando esses dados como meios de investigação da realidade e para apresentar propostas que permitam a garantia e ampliação de direitos sociais em outras instâncias.

Muitos dos dados que subsidiam estudos e iniciativas nos âmbitos político e jurídico-formal são obtidos a partir dos atendimentos realizados no cotidiano institucional, por isso a importância de registrar o que se apresenta na relação usuário-profissional.

A ausência do registro de algumas informações foi um fator que dificultou o levantamento dos dados relativos à raça/cor, no transplante hepático, por Adeodato (2018) e a

⁵⁸ A referida associação costuma realizar atividades em sala de espera do ambulatório de transplante hepático semanalmente.

delimitação do universo a ser estudado por Silva (2019), no contexto do transplante renal. O que se considerou como revelador de iniquidades em saúde, expressas no racismo institucional.

De acordo com os dados levantados por Adeodato (2018), a maior parte do universo de sessenta e cinco usuários em acompanhamento na fase pré-transplante hepático, se autodeclararam pardos (38,5%), seguidos (15,4%), pretos (6,2%), indígenas (1,5%) e nenhum se declarou amarelo. Enfatiza-se o elevado número de sujeitos, no total de 25, que não informaram a raça/cor nas entrevistas sociais, o que corresponde a 38,5% e que não foi possível identificar explicações para a falta de registro.

Os aspectos interseccionais entre raça/cor foi objeto de reflexão de Silva (2019). Refletir essa dimensão é fundamental, sobretudo quando se trata de uma instituição que é referência para o atendimento de uma população com grande diversidade étnico-racial, como é a do Norte e Nordeste: negros, índios, caiçaras, ribeirinhas, entre outros.

Silva (2019) construiu o seu TCR no formato de ensaio monográfico com o objetivo de discorrer sobre a saúde da população negra e as intersecções de raça/cor no serviço de transplante renal. A primeira dificuldade de ordem metodológica descrita pela autora foi a de ter que mesclar manualmente os dados que precisava extrair dos registros hospitalares.

Na ocasião da pesquisa, não havia no sistema *Master* um programa de armazenamento que “unificasse/filtrasse” os cadastros dos usuários no HUWC às informações constantes nos prontuários e às planilhas do serviço de enfermagem onde constam os usuários que foram inscritos no SNT. O processo de informatização dos prontuários ainda está em curso na instituição.

A segunda dificuldade foi identificada ao tentar compor os dados relativos à raça/cor. Silva (2019) tentou buscar essas informações nas fichas do Serviço Social, mas em muitas dessas as lacunas que indicavam a autodeclaração dos usuários não estavam assinaladas. Tentou via *Master*, mas todos os usuários registrados estavam assinalados como pardos. Nos prontuários médicos também não havia esse registro. Por último, recorreu às planilhas da enfermagem do ambulatório de transplante renal e fez a busca dos usuários constantes no SNT. Só pelo cadastro do SNT conseguiu obter as informações que precisava para prosseguir com o seu estudo.

Ao solicitar esclarecimentos sobre a razão de todos os usuários cadastrados no sistema *Master* estarem assinalados como pardos, lhe foi dito que os funcionários só preenchem as informações mínimas exigidas para que os cadastros fiquem salvos. Logo, subentende-se que o preenchimento do campo raça/cor não é considerado como informação relevante para a instituição.

Silva (2019) não explicita no seu TCR se no curso da pesquisa questionou ou refletiu junto às assistentes sociais a ausência desse registro pelo Serviço Social. Parte-se do pressuposto que as reflexões relacionadas a essa informação tenham sido feitas no momento da apresentação da sua pesquisa.

No HUWC, entre os meses de março e agosto de 2018, segundo as informações obtidas por Silva (2019), foram realizados quarenta e quatro transplantes renais. O mês com maior número de transplante foi maio, quatorze pessoas. Dos quarenta e quatro transplantes, apenas um foi com doador vivo. Dos receptores, quinze foram mulheres e vinte e nove homens. Desses, 44% eram homens negros (pretos e pardos); 25% mulheres negras; 18% homens brancos; 5% homens indígenas e 2% mulheres indígenas.

A partir das informações obtidas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com setes pessoas, sendo quatro mulheres e três homens, com idades entre 31 e 68 anos, que transplantaram e/ou foram atendidas pelo Serviço Social entre março e agosto de 2018. O propósito era fazer o recorte na população negra e isso se evidencia no título do TCR: “Saúde da população negra: aspectos interseccionais de raça/cor no serviço de transplante renal”. Contudo, uma usuária indígena registrada como se pertencesse ao universo da pesquisa compareceu para a entrevista e o seu relato foi considerado.

Silva (2019) proferiu buscas na literatura em saúde que fizessem a correlação entre a saúde da população negra e o transplante de órgãos e tecidos e confirmou a sua hipótese de que seriam escassos. Um dos poucos estudos nesse sentido foi o escrito Marinho, Cardoso e Almeida, publicado pelo IPEA (2011), conforme exposto no capítulo dois.

Além da recorrência a teóricos que estudam as relações étnico-raciais, preconceitos, discriminação e racismo, dentre os quais a abordagem do livro “O que é interseccionalidade?” da série “Feminismos Plurais” de Akotirene (2008), fez o resgate histórico do que se construiu de arcabouço jurídico até a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

59

A referência a Akotirene (2008) subsidiou a exposição do que refletiu no HUWC junto aos usuários do transplante renal. Compreende-se o significado do termo interseccionalidade para a apreensão do racismo conectado a nuances estruturais que se apresentam na vida da

⁵⁹ A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde e tem por objetivo Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

classe trabalhadora: “essa que possui distintas cores, idades, modos de viver e necessidades em saúde.” (SILVA, 2019, p. 26).

A negligência para com os dados de raça/cor em todos os setores buscados por Silva (idem) na instituição demonstra não só o desconhecimento do arcabouço jurídico que envolve o atendimento à população negra, bem como do público diverso que é atendido no HUWC. Expressa, assim, o déficit na apropriação da formação social brasileira, que teve a violência para com esses grupos populacionais elemento estruturador das relações:

Desse modo, torna-se urgente a necessidade de incluir a discussão do racismo no currículo formativo dos (as) profissionais de saúde, principalmente, no Programa de Residências em Saúde, pois um hospital que realiza formação dos profissionais e não inclua a discussão do racismo no seu currículo está incorrendo no racismo institucional (SILVA, 2019, P. 47).

Além da necessidade de incluir essa discussão no currículo formativo das residências, acrescenta-se à observação de Silva (idem) a necessária ampliação do debate e elaboração de políticas afirmativas, com vistas à democratização do acesso a essa modalidade de formação.

Embora, conforme os dados apresentados por Silva (2019), a população branca seja menor no contexto do transplante renal do HUWC, os dados da esfera nacional relativos aos transplantes e a forma como tem se dado o atendimento institucional são reveladores das iniquidades em saúde para com a população negra, que é a mais acometida por doenças crônicas, mas a que menos acessa esses tratamentos.

Silva (2019) também refletiu “o outro lado do transplante”. Para que haja a remoção de órgão e tecidos, algum sujeito precisou ser doador. Ainda que o aumento do número de transplantes também se relacione com o avanço tecnológico no âmbito da saúde, dando a possibilidade objetiva de o receptor ter melhor qualidade de vida, a elevação dos índices de mortes dessa população, que é a maior potencial doadora, não pode ser ignorada.

Silva (idem) apresenta dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2017) e do Atlas da Violência (2016), através dos registros entre 2004 e 2014 que são significativos para a apreensão do perfil dos doares e reafirmam os dados sobre morte por causas externas pontuados no capítulo dois:

[...] A causa do óbito por Traumatismo Cranioencefálico (TCE) constitui a principal causa de óbitos e sequelas em pacientes multitraumatizados. “As causas do TCE são muitas, entre as principais destaco acidentes automobilísticos (50%), quedas (21%), assaltos e agressões (12%) e esportes e recreação (10%)” [...] O óbito por TCE constituiu-se um dos principais fatores para gerar doação de órgãos. Tais dados quando são comparados à causa *mortis* da população negra temos, de acordo com o Atlas da violência entre 2004 e 2014 que houve alta na taxa de homicídio de afrodescendentes (18,2%) e diminuição no número de homicídios de outros indivíduos que não de cor preta ou parda (14,6%). Em 2014, para cada não negro assassinado, morreram 2,4 indivíduos negros (SILVA, 2109, P. 31).

Em paralelo à análise do TCR de SILVA (2019) procedeu-se uma leitura do artigo “Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero,” de Sueli Carneiro (2019), e identificou-se no seguinte trecho confluências com o que foi refletido por Silva (*idem*), embora trate em particular das mulheres:

Fazemos parte de um contingente de mulheres ignoradas pelo sistema de saúde em sua especialidade, porque o mito da democracia racial presente em todas nós torna desnecessário o registro da cor dos pacientes nos formulários da rede pública, informação que seria indispensável para avaliarmos as condições de saúde das mulheres negras no Brasil, pois sabemos, por dados de outros países, que as mulheres brancas e negras apresentam diferenças significativas em termos de saúde (CARNEIRO, 2019, P. 314).

Além da ausência do registro da autodeclaração dos usuários, dentre os relatos dos entrevistados pela autora, optou-se por destacar um que evidencia a forma como o racismo se expressou para uma usuária no ambiente institucional, através de preconceito racial. Quando a usuária indígena relata que a profissional afirmou que ela estava com “*frescura*,” por não querer levantar, mas que era acostumada a “*pegar furada, mordida de cobra [...]*” (p. 42), relacionando o corpo indígena “ao modo de vida selvagem e que por tal circunstância deveria ser mais resistente à dor” (SILVA, 2019, p. 43).

Silva (*idem*) destaca também o relato de uma usuária que expressa as barreiras de acesso à saúde refratadas nas relações de gênero. Essa falou sobre a dificuldade que foi ter que deixar o filho, que tinha dois anos quando iniciou o seu tratamento, com uma cunhada (a única que poderia ficar com a criança, segundo ela) em um local distante de Fortaleza.

No que concerne aos dados relativos às redes de apoio, Adeotado (2018, p. 19) identificou que os cuidadores mantinham “distintos laços de parentesco com os pacientes”. Cinquenta e cinco desses tinham alguma relação de parentesco com os sujeitos atendidos, “desempenhando um cuidado assistencial e/ou econômico na provisão do bem-estar social e individual”. Dentre o universo de acompanhantes, trinta e nove tinham disponibilidade integral, vinte e cinco temporário/alternado, um temporário/possível ausência e cinco estavam sem acompanhamento de cuidador/familiar.

Desses, vinte e três eram companheiros; dezessete filhos; onze irmãos; quatro mães; quatro amigos; dois sobrinhos; um enteado, um genro/nora; um cuidador contratado e um relativo a outros (*idem*). Embora seja sinalizado o pertencimento aos diferentes gêneros, a autora não os especifica. Contudo, ao pontuar que é necessário refletir a histórica atribuição do cuidado às mulheres, infere-se que a maior parte do universo analisado seja constituída por pessoas do sexo feminino.

O artigo de SILVA, et. al. (2018) trata-se de um TCR do ano de 2018 publicado em revista científica com a colaboração das preceptoras e de uma residente do mesmo período da autora principal.⁶⁰ Tem por objetivo “analisar o papel das ‘mulheres cuidadoras’ e suas vivências no serviço de transplante hepático em um Hospital Universitário – Ceará,” a partir de uma pesquisa explicativa de abordagem qualitativa, que se utilizou de entrevistas semiestruturadas com seis interlocutoras familiares de usuários em período pós-transplante hepático.

Silva et. al. (2018) fundamentam-se nos estudos de GAMA (2014) que compreende as relações de gênero e as suas representações na sociedade expressas na hierarquização dos sexos na divisão social do trabalho, configurando relações de dominação nas quais o trabalho do homem tem mais valor que o da mulher ou a separação entre o que é próprio do homem e o que é atribuição específica da mulher. Essas expressões da desigualdade de gênero repercutem na área da saúde.

Parte-se da percepção no contexto do transplante que o adoecimento crônico “gera uma situação de crise familiar vivenciada por todos os membros, impondo novos papéis a serem assumidos” (SILVA, ET. AL., 2018) e busca desassociar os termos “cuidadora”, “acompanhante”, “papel da mulher” de uma perspectiva que os naturaliza, como fica evidente nos discursos e nas suas observações no cotidiano da instituição.

Considera-se que é de significativa importância as autoras refletirem a temática do cuidado para o contexto do atendimento à saúde, sobretudo quando se trata do ambiente hospitalar que realiza procedimentos de alta complexidade, como é o transplante, culturalmente tendencioso à sobreposição do procedimento em relação a todo o processo, para o qual é fundamental o apoio da rede sociofamiliar.

Depreenderam-se do artigo de Silva et. al. (2018) dois pontos fundamentais a serem incorporados aos atendimentos da equipe multiprofissional: a necessidade de desnaturalizar o cuidado como atribuição da mulher pelos próprios profissionais, para que assumam o compromisso de nos seus atendimentos, individuais ou em grupos, suscitarem reflexões nessa direção e reconhecer não só a importância da rede sociofamiliar do usuário para o êxito do seu tratamento, mas de atentar-se para que esse atendimento ao invés de promover saúde, gere adoecimento aos seus pares e que os serviços especializados, portanto, se organizem para dar suporte a quem assume o papel de cuidador.

⁶⁰ O público e o privado, N. 31, 2018.

Esse suporte pode existir com a promoção de espaços para a escuta e resolução de suas demandas, socialização e construção de rede de apoio e solidariedade com outros sujeitos na mesma condição, bem como em atividades de cunho pedagógico com outros familiares que suscitem a importância da descentralização do cuidado.

Como mencionado por Silva (2019), existem outras demandas sociais sobre o acesso à saúde que também é dos homens. O HUWC atende um público diverso e oriundo de outros municípios do Ceará e estados do Brasil, sobretudo do Norte e Nordeste. O artigo de Gurjão, Maia e Carvalho (2018) teve por objetivo realizar uma análise do TFD, mediante o relato dos usuários do Serviço de Transplante Renal HUWC, que são beneficiados pelo programa. Trata-se de um TCR de 2015 que foi publicado junto com a tutora e uma preceptora em revista científica.⁶¹

Partiu-se da constatação no contato cotidiano com esses e nos discursos dos usuários um formalismo na gestão do programa, a exigência de documentos comprobatórios da necessidade de permanência ou idas periódicas a Fortaleza que extrapolam as orientações estabelecidas, pondo em xeque a credibilidade do profissional que atesta essas necessidades, bem como o sofrimento causado pelos atrasos ou cortes sem justificativas das ajudas de custo.

A trajetória dos usuários expôs, também, como a fragilidade da atenção primária incorre no processo de transplante. Embora as autoras não aprofundem os aspectos socioeconômicos das DCNT, sinalizam que a atenção primária necessita de aparato tecnológico e clínico para obtenção de diagnóstico, no sentido de prevenir o adoecimento ou o agravamento dessas doenças.

Cinco dos seis usuários entrevistados tiveram diagnóstico de IRC quando em situações de agravamento da doença, já precisando iniciar tratamento dialítico. Somente uma usuária iniciou por tratamento denominado “conservador”, que é o que se faz através de medicamentos.

Aprender através dos discursos dos usuários as suas trajetórias desde o diagnóstico até o transplante permitiu perceber o potencial desse exercício na realização da entrevista social na alta complexidade, sobretudo quando se trata de um público que chega ao atendimento do Serviço Social somente com a comprovação de que possui entrevista agendada e, no máximo, o contato telefônico do TFD do seu estado.

Ainda sobre o TFD, Silva (2018) centrou a sua análise na unidade de onco-hematologia, junto a cinco usuários do TMO que estavam internados na referida unidade, oriundos de outros municípios do Ceará. Diferente de Gurjão, Maia e Carvalho (2018), que construíram suas

⁶¹ Serviço Social e Saúde, V. 17, p. 155-180, 2018.

reflexões a partir das perspectivas de usuários do ambulatório de transplante renal oriundos de outros estados.

Silva (2018) contextualizou a onco-hematologia na política de saúde. O caminho percorrido pela autora ao proceder essa exposição foi fundamental para explicitar quais as necessidades dos usuários que precisam se submeter ao TMO. Além dessa contextualização da onco-hematologia, a autora faz referência à perspectiva do acesso à saúde em consonância com Lima e Oliveira (2012), para os quais esse conceito não se restringe à oferta de serviços e disponibilidade de recursos materiais, mas que o sistema deve ir ao encontro das necessidades dos usuários no sentido de solucioná-las.

A apreensão dessa perspectiva considera as especificidades de determinados tratamentos, bem como a singularidade dos sujeitos, das mais diversas realidades. O que é fundamental para refletir um programa que foi criado direcionado pelos princípios da integralidade e universalidade do atendimento.

A possibilidade de comparar informações dos dois estudos sobre o TFD permitiu a apreensão do que há de comum nas duas circunstâncias, como as particularidades que envolvem o pertencimento ou não ao estado onde irá realizar um tratamento de saúde. Permitiu inferir como as diferenças na forma de execução do programa possivelmente se relacionem com uma maior compreensão do que é o TFD quando os usuários precisam se deslocar para outro estado.

Ambos os TCR's identificam como entrave à materialização do TFD a lógica de financiamento das Políticas Sociais, pela qual os programas ficam à mercê da disponibilidade orçamentária dos órgãos gestores. As verbas orçamentárias disponíveis é que condicionam as políticas e não as garantias constitucionais que a orientam. Os problemas decorrentes disso se expressam de formas particulares nas duas realidades.

Junto aos usuários oriundos de outros estados essa lógica de financiamento se expressa no atraso das ajudas de custo, na incompreensão por parte dos gestores e profissionais da RAS sobre a complexidade dos tratamentos para os quais encaminham os sujeitos, na imposição de exigências que extrapolam o previsto pelo programa, causando constrangimento nos usuários e profissionais responsáveis por justificar as suas permanências e na discrepância entre os valores pagos por cada estado, quando comparados entre si.

No entanto, os discursos desses usuários demonstram que eles têm ciência do que se trata o TFD. Nota-se que há uma padronização do fluxo de inscrição e garantia do que está previsto pela Portaria quando ocorre o deslocamento dos sujeitos de um estado para outro, que não há no deslocamento intermunicipal.

Na primeira situação, os usuários recebem em suas contas bancárias um valor específico para custear as suas despesas e do seu acompanhante. Para isso, precisam enviar relatório médico via *e-mail* ou *fax* mensalmente, endereçado ao “setor do TFD,” comprovando a sua presença nos atendimentos e necessidade de permanência. Por esses meios também solicitam as passagens, quando há possibilidade de retorno para casa, a troca de acompanhante e, nas situações de óbito, o acompanhante solicita o custeio do seu retorno e das despesas com traslado.

Na realidade analisada por Silva (2018), a desinformação dos usuários sobre os direitos relacionados ao acesso à saúde foi evidenciada. Nenhum dos cinco entrevistados sabia do que se tratava o TFD. Não é possível precisar como os municípios se organizam para garantir o deslocamento e permanência em outro local. Não são todos que dispõem de casas de acolhimento em Fortaleza ou disponibilizam recursos para custeio de alimentação e estadia.

Por um lado, o fato de alguns municípios estarem mais próximos da cidade de Fortaleza e se forem consideradas as condições inadequadas das casas de acolhimento, torna-se preferível que o usuário permaneça na sua residência e faça o deslocamento, desde que em transporte que respeite a sua condição de saúde. Porém, nota-se que essa diversidade na organização e execução das ações se dá dessa forma não porque se visa o que é melhor para o usuário. Ocorrem assim porque são pontuais, sem o devido planejamento e por priorizar a redução de “gastos”.

A ausência de planejamento das ações se reflete na associação da garantia dos direitos ao interesse do gestor. O que se evidenciou no discurso de um dos usuários que afirmou: “*tem que ter ajuda do prefeito para a casa de apoio, mas não sei se ele tá dando*”.

Outras estratégias se mostram em resposta a escassez do suporte dos municípios ao TFD. Os usuários recorrem a familiares ou amigos que residem em Fortaleza, para obterem condições de infraestrutura melhores que as das casas de acolhimento. Estas, no geral, não dispõem de quartos individuais e há um fluxo intenso de pessoas, nas mais diversas situações de adoecimento.

Outro aspecto destacado é a presença do terceiro setor, no qual muitas das casas de acolhimento estão situadas. No Ceará, os usuários que fazem tratamento onco-hematológico dispõem somente do Grupo de Apoio ao Paciente Onco-Hematológico (GAPO), que acolhe exclusivamente esse público.⁶²

⁶² O GAPO tem por missão “acolher pessoas com doenças onco-hematológicas/oncológicas, dentre outras, além de mobilizar parceiros para que o melhor tratamento dessas doenças esteja disponível a todos os pacientes que nos procuram.” GAPO. Disponível em: <<http://www.gapo.com.br/>>. Acesso em 20.07.2020.

O TCR de Silva (2018) evidencia a importância de os usuários conhecerem os seus direitos para saberem a quem e de que forma recorrer. O Serviço Social cumpre papel fundamental quando, ao identificar demandas dessa natureza, envia relatórios sociais para as administrações municipais, anexando o relatório médico, que informam sobre a importância do que preconiza o programa para o êxito do transplante. Diante da insistência em não atendê-las, presta as devidas orientações para a “judicialização” do atendimento e tenta-se o contato com essa instância previamente.

Ainda no que cabe ao Serviço Social, sugere-se que nos atendimentos aos usuários de outros municípios se contextualize essas ações nos marcos do referido programa. Enfatizar que “o carro da saúde,” “a casa de apoio”, a diária de alimentação, etc. existem porque há uma Portaria, inscrita no arcabouço jurídico do SUS, que visa dar respostas à impossibilidade de acessar determinados tratamentos de saúde nos locais onde residem. Além de orientar sobre como podem levar as suas demandas aos CMS’s.

No que diz respeito ao controle social no HUWC, nota-se que essa dimensão é mencionada pontualmente e muito restrita à participação do usuário nas decisões individuais sobre o seu tratamento. As associações de transplantados mencionadas são os principais espaços de articulação dos usuários, de acordo com o que se apresenta nas sistematizações.

A ausência da referência aos espaços de controle social nos trabalhos sinaliza para a fragilidade do controle social nos HU’s, sobretudo se for considerado como é preconizado na legislação do SUS, uma vez que não se delibera coletivamente sobre o atendimento em saúde nesse espaços, pois a legislação da EBSEH estabelece como conselhos o Administrativo, o Conselho Fiscal e o Conselho Consultivo. O último tem por finalidade o controle social via consulta e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho Administrativo.

Em consulta ao *site* da EBSEH⁶³ viu-se que na composição do Conselho Consultivo só constam o Presidente e todos os ex-presidentes efetivos, desde que não estejam no exercício de função gratificada ou cargo em comissão. Fez-se a busca também por informação relacionada no *site* do HUWC, que é administrado pela empresa, mas na aba “Conselhos e Órgãos Colegiados” consta a informação “página em construção.”⁶⁴ No PDE 2018-2019 há menção à participação em caráter consultivo e em algumas oficinas interativas e criativas realizadas para a construção do referido plano.

⁶³Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Conselho Consultivo. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/conselhos/conselho-consultivo>>. Acesso em 24 mar. 2021.

⁶⁴ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário Walter Cantídio. Conselhos e Órgão Colegiados. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/conselhos-e-orgaos-colegiados>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

Expostas as considerações relativas ao acúmulo do Serviço Social sobre as expressões da questão social no contexto do atendimento aos usuários dos transplantes, buscou-se refletir como o trabalho do Serviço Social tem se desenvolvido.

3.5 O trabalho no transplante a partir dos conteúdos sistematizados pelo Serviço Social

As análises proferidas a partir dessa seção se deram em torno de sete TCR's e de algumas considerações pontuadas nas entrevistas realizadas por Rolim (2015), buscando identificar o que as assistentes sociais apreendem sobre as requisições para o trabalho do Serviço Social nas equipes de transplante.

Parte-se da premissa de que atividades orientadas pelo projeto ético-político da profissão e considerando os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010) têm por fundamento reflexões sobre essas requisições e através disso deve-se planejar o que deve ser feito, definindo as suas finalidades e os conteúdos a serem abordados através dos instrumentos necessários ao desenvolvimento do trabalho.

Às análises aqui proferidas foram acrescidas observações pontuadas em diário de campo, sobretudo no que se refere à relação equipe-usuários e entre os próprios profissionais, que foram dois dos três eixos explicitados no esboço do “Relatório de análise da humanização na enfermagem do transplante do Hospital Universitário Walter Cantídio,” do ano de 2014, mencionado na primeira seção desse capítulo.

Além de ter por norte os subsídios apresentados pelo CFESS (2010), a exposição dessa análise foi organizada de forma que se identifique a natureza das atividades desenvolvidas nos principais cenários de prática da atenção em transplante, que são os ambulatórios, enfermarias e, em algumas circunstâncias, a sala central do Serviço Social, considerando o que Costa (2000) identifica como núcleos de objetivação dessas atividades e as contradições que são atravessadoras desses espaços.⁶⁵

Foram considerados, também, os instrumentos através dos quais realizam o trabalho e as principais formas de registro das ações; o que consideram por avanços e desafios ao trabalho;

⁶⁵ Os núcleos de objetivação do trabalho do Serviço Social identificados pela autora são: o levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários; interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza socioeducativa; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial e desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político, junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e à comunidade de usuários (COSTA, 2000, p. 46).

por fim, como as autoras pontuam o papel da RESMULTI-UFC para a qualificação do trabalho no transplante e para a construção das reflexões sistematizadas.

Uma vez que o trabalho dos assistentes sociais nas unidades de transplante é requisitado pela condição de imunossupressão dos usuários e, por isso, o êxito do tratamento requer o acesso ao conjunto de direitos sociais que são relacionados à perspectiva ampliada de saúde, mas que é inviabilizado pela própria conjuntura de intensa mercantilização desses direitos, o conteúdo analisado, mesmo sem explicitar, reitera afirmativa de Costa (2000) que essa profissão tem cumprido o papel de tentar assegurar “pelos caminhos mais tortuosos” a integralidade das ações (idem, p. 62).

Reitera-se, também, que tudo o que se refere à vida do usuário e de seus familiares fora do ambiente hospitalar corriqueiramente tem sido tratado como responsabilidade exclusiva do Serviço Social. Essa questão traz no seu cerne o que Matos (2017, p. 67) identifica como uma cobrança em torno da profissão para que essa resolva problemas que são próprios do capitalismo e a crença de que é possível resolver esses problemas sem a superação desse sistema, por meio das políticas sociais.

Há confluências nos conteúdos analisados de que o Serviço Social é demandado no atendimento em transplante para realizar a avaliação social e emitir parecer sobre as condições socioeconômicas em que se encontram os usuários, com vistas ao êxito do tratamento. Essa avaliação desdobra-se em ações de articulação para com os demais profissionais das equipes, para com a RAS e as demais políticas setoriais, conforme é sinalizado pelo CFESS (2010).

O documento que direciona a avaliação social pré-transplante, construído em 2010, foi objeto de análise tanto de Cordeiro (2014), como de Castro (2018). Ambas analisaram o documento do transplante renal, mas os critérios dos demais não se diferem substancialmente. Esses compõem as questões da ficha social utilizada nas entrevistas do Serviço Social, a qual Adeodato (2018) abordou de forma detalhada ao longo do seu estudo no contexto do transplante hepático. Além disso, o conjunto dos trabalhos, independente do objeto de reflexão, remete aos aspectos que devem ser identificados pela profissão no ato da avaliação.

Castro (2018) tem por objetivo mostrar, “a partir da discussão sobre instrumentalidade, como o instrumental técnico de avaliação contribui para o melhor fazer profissional no processo de avaliação pré-transplante” (idem, p. 3). Pontua que os tópicos abordados no documento são facilitadores da intervenção, do planejamento do Serviço Social, bem como para a construção do projeto terapêutico que deverá ser construído pela equipe multiprofissional (idem, p. 6).

Cordeiro (2014, p. 8) pontua que a avaliação social constitui uma investigação da realidade do sujeito, realizada através de estudos social, cujo principal meio é a entrevista social, e que ocorre simultaneamente às ações interventivas.

Adeodato (2018, p. 7) caracteriza a entrevista social como mediadora entre o conhecimento da realidade e a demanda gerada para o assistente social e que os registros das entrevistas são viabilizadores do acompanhamento a ser realizado por esse profissional e permitem o reconhecimento das demandas que se apresentam.

Os aspectos pontuados no documento que norteia a avaliação são relativos aos usuários e também dizem respeito ao familiar/cuidador. São avaliadas as condições de renda individual e familiar; escolaridade; condições de infraestrutura e moradia, considerando o tipo de imóvel (próprio, alugado ou outros) e número de membros familiares/cômodos; abastecimento de água; energia elétrica; saneamento básico; assistência por Equipamento Socioassistenciais Municipais, Estaduais e/ou Federais e se há necessidade de acompanhamento por decorrência de dependência química (CORDEIRO, 2014; CASTRO, 2018; ADEODATO, 2018).

Quanto ao cuidador, busca-se saber sobre sua disponibilidade durante todo o tratamento; a sua compreensão sobre o transplante e as relações estabelecidas com os demais familiares, ou seja, se há distribuição de papéis e funções entre esses na atenção e cuidado para com o potencial candidato ao transplante (idem).

Em caso de possível transplante intervivos, o Serviço Social realiza entrevista com o potencial doador, no sentido de identificar se atende aos critérios da Lei 9.434/1997 e aborda as implicações bioéticas, enfatizando e tentando identificar situações que expressem barganha, opressão, obrigação e/ou comércio (idem).

Castro (2018, p. 23) sinaliza que é o estudo da realidade que fornece as condições para que o profissional de Serviço Social atue nas “ramificações da questão social”, na perspectiva da garantia de direitos e por estratégias que favoreçam o tratamento de saúde.

Sobre a requisição para identificar o que pode interferir no tratamento, Adeodato (2018, p. 20) pontua que a concepção de adesão ao tratamento de saúde “não deve reforçar a noção de culpabilização do paciente”, ou de que o “paciente é submisso à equipe” e ao serviço de saúde, com foco no poder-saber da biomedicina. Por isso, não cabe ao assistente social estabelecer um atendimento como base na triagem de usuários que devem ou não realizar o transplante.

O parecer social nesse contexto é sintetizado por Viana (2015, p. 18) como um texto curto que apresenta de forma clara e objetiva a opinião profissional quanto às condições que lhe competem analisar sobre a viabilidade ou não da cirurgia. Esse é anexado ao prontuário, junto com a síntese dos aspectos avaliados em estudo social. Acrescenta-se a essa informação

que a simultaneidade da avaliação para com as ações interventivas faz com que as que já tenham sido encaminhadas sejam constitutivas da síntese do estudo social.

O texto deve sinalizar, conforme os critérios construídos, se a situação é favorável ao transplante; se há necessidade de intervenção e acompanhamento social, quando são identificadas expressões da questão social que através da intervenção profissional podem ser solucionadas em tempo hábil e por isso não tornam o contexto vivenciado pelos usuários desfavorável ou enfatizar a necessidade de avaliação multiprofissional, quando as expressões da questão social vivenciadas pelos usuários oferecem riscos de potencializar a não adesão, a recuperação e a promoção da saúde no pós-transplante, por isso requisita reflexões entre os profissionais, junto aos usuários e seus familiares/cuidadores.

O momento da entrevista é tido, portanto, como ponto de partida para a obtenção de informações necessárias ao estudo e conseqüentemente para a avaliação social. Estabelece-se no atendimento direto aos usuários, no sentido de realizar-se o levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias para a realização do transplante.

A entrevista social deve ser conduzida de forma que se apreenda o itinerário do usuário até a chegada ao atendimento para o transplante, refazendo esse caminho e identificando a partir dos usuários os elementos socioculturais dos seus locais de origem, onde obtiveram atendimento e quem foram os sujeitos que os deram suporte (profissionais ou não de saúde). Isso possibilita que o assistente social consiga mapear as possibilidades de articulação com esses e socializar com antecedência quais serão as suas necessidades durante a permanência no local do tratamento e após o retorno, vislumbrando a materialização de um atendimento integral e intersetorial.

A simultaneidade entre avaliação-intervenção faz com que a entrevista social cumpra o seu papel de não constituir-se como mero cadastro ou admissão do usuário na instituição. A análise que se faz, com base na experiência como residente, é que esse caráter meramente admissional, dado o volume e diversidade de demandas que chegam ao plantão social, finda por ser uma característica mais predominante nesse espaço do que no contexto do atendimento ambulatorial, seja esse pré-agendado ou mesmo quando em situações de demandas espontâneas, tendo em vista que a necessidade de acompanhamento sistemático requisitado pelo tratamento permite o fortalecimento dos vínculos entre usuário e profissional.

Essas situações de demandas espontâneas, no geral, requer que o profissional realize o que Costa (2000) identifica como “agenciamento de medidas de caráter emergencial”, ao referir-se ao plantão social. Todavia, essas também se apresentam aos profissionais que atuam

nas nos ambulatórios especializados e enfermarias por decorrência da falta do “carro da saúde” para o retorno para casa, dos atrasos da ajuda de custo proveniente do TFD, do bloqueio de benefícios socioassistenciais, das dificuldades postas à realização do traslado do corpo, do cuidador que por alguma razão não pode mais acompanhar a evolução do tratamento do usuário, entre outras.

Contudo, os vínculos estabelecidos com os usuários em decorrência de o tratamento requisitar que se façam presentes nos atendimentos ambulatoriais de forma periódica, possibilitam ao profissional a obtenção de informações sobre os desdobramentos dos encaminhamentos que foram realizados em caráter emergencial, bem como ir além dessas medidas emergenciais. O que se identifica como uma potencialidade a ser explorada pelo Serviço Social em espaços dessa natureza.

Também na entrevista social é objetivada a dimensão socioeducativa da profissão e são fornecidas orientações relativas às normas e rotinas da instituição. Contudo, considerando o período da experiência como residente e que os conteúdos analisados explicitam sobre atividades realizadas pelo Serviço Social, no contexto dos ambulatórios quem fornece orientações sobre as normas e rotinas do atendimento nesse local é, de forma predominante, a enfermagem.

Não se sabe ao certo se isso tem relação com a inserção considerada tardia do Serviço Social nas equipes ou se pelo fato de a enfermagem ter ficado responsável por cadastrar os potenciais receptores e fazer atualizações no SNT e, com isso, as orientações sobre as normas e rotinas do ambulatório de forma geral já serem repassadas.

Fato é que o usuário tem as primeiras orientações sobre como funciona a rotina dos ambulatórios, sobre os exames e profissionais pelos quais precisa passar por atendimento, como requisito para inserção na lista de espera do transplante, sobre as características do procedimento e as mudanças de hábitos que o tratamento exige antes e depois da cirurgia, através da enfermagem. Tanto em atendimento individual, como através de palestras semanais.

O que se extrai dessa informação é que nesse espaço em específico não se reproduz a ideia de que é atribuição privatiza do Serviço Social prestar informações aos usuários sobre normas e rotinas institucionais. Ao Serviço Social cabe reforçar essas informações e intervir nos aspectos que transcendem a decisão individual e que se colocam como obstáculos à aquisição dos hábitos requisitados, por decorrência da forma como se estruturam as relações sociais.

Já na sala central do Serviço Social, onde o acompanhante do usuário internado, do transplante ou não, passa pelo atendimento admissional para permanecer na enfermaria, as

orientações sobre horários de visita e outras normas e rotinas da instituição ficam a cargo dessa categoria. Ressalta-se que quando o fizerem, conforme os Parâmetros apresentados pelo CFESS (2010), essas orientações devem se dar numa perspectiva de garantir que a instituição se organize de forma que os usuários tenham o acesso aos serviços viabilizado.

Nota-se que a sala central do Serviço Social é indicada como *lócus* de atendimento de demandas espontâneas dos transplantes predominantemente nos trabalhos elaborados até o ano de 2015. Nos demais essa sinalização ainda aparece, mas nas situações em que porventura cheguem usuários por decorrência do transplante ou acompanhantes, ao invés de os encaminhamentos necessários serem realizados nesse local, esses são acolhidos e encaminhados aos ambulatórios, salvo em situações emergenciais que se apresentem nos finais de semanas ou feriados.

A evidência desse processo de descentralização é perceptível, a título de exemplo, nas diferentes formas como Viana (2015) e Adeodato (2018) caracterizam o trabalho no “setor social”, onde ocorrem os plantões. Viana (*idem*) identifica esse como “mercado pela demanda espontânea,” onde são realizados atendimentos aos usuários dos transplantes por ordem de chegada e que nesse setor são realizadas ações relativas ao suporte familiar, moradia, ajuda de custo, garantias previdenciárias e assistenciais dentre outros. Adeodato (2018) sinaliza para o atendimento de “alguma situação” na sua imediaticidade.

Viana (2015) descreve o atendimento nas enfermarias como um momento em que o assistente social faz visita “à beira do leito” e verifica “as mesmas variáveis observadas no pré-transplante”. Além de orientações que reforcem as normas e rotinas das enfermarias, fornecem informações relativas aos direitos sociais e, quando necessário, são tomadas providências relativas a encaminhamentos, através de relatório social, solicitação de relatórios médicos, contato interinstitucional e diálogo com a equipe multiprofissional.

No que concerne ao registro dessa atividade, Viana (2015, p. 21) enfatiza a importância de esses atendimentos serem sintetizados em prontuário e no livro de ocorrências do Serviço Social. Tais procedimentos não visam somente a garantia do acompanhamento sistemático aos usuários, mas também “gerar material para pesquisa acerca da intervenção profissional nesse campo específico”. A forma como o Serviço Social pensou a construção do documento que orienta a avaliação social, portanto, também contribui para que se aperfeiçoe o fluxo de atendimento nas enfermarias.

Quanto ao potencial dos instrumentos utilizados na intervenção profissional constituírem-se como meios de obtenção de informações que sirvam à qualificação do trabalho,

além de esses terem sido o objetos em si de algumas dessas reflexões, o conjunto dos conteúdos sistematizados pelas assistentes sociais foram subsidiados pelos registros cotidianos.

Tem-se, também, que os dados levantados por Medeiros (2011) sobre as expressões da questão social no transplante hepático subsidiaram o relato de experiência de Viana (2015) e o capítulo de *e-book* elaborado por Gurjão et. al. (2018). Esse último refletiu “o diálogo” entre as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, que compõe a seguridade social brasileira (CF1988), no contexto da atenção em transplante, tomando por referência o trabalho do Serviço Social. Ressalta-se, ainda, que a construção desse conteúdo se deu pela necessidade que tiveram de refletir essas políticas a partir de “demandas sociais reais” (idem).

Embora nenhum dos textos analisados reflitam o subeixo referente às ações socioeducativas no atendimento direto aos usuários (CFESS, 2010), considerando a realização de palestras ou atividades em grupos, o acúmulo sobre o acesso às políticas da seguridade social de Gurjão et. al. (2018) subsidiou também a elaboração da proposta de inserção do Serviço Social nas palestras de acolhida e orientação sobre o tratamento, que são realizadas pela enfermagem nos ambulatórios.

O Serviço Social buscou se inserir nessas palestras com a finalidade de desenvolver a abordagem do que se tratam as políticas de seguridade social, bem como de quais os requisitos e caminhos para o acesso a determinados benefícios. Durante o período da experiência como residente essa inserção nas palestras foi iniciada no transplante renal e estava em processo de planejamento para a sua implementação nos demais. Percebeu-se que alguns usuários que chegavam ao atendimento pré-transplante após a obtenção dessas informações já traziam questionamentos e até apresentavam a resolutiva para algumas situações por iniciativa própria.

Considerando o tempo decorrente dessa atividade, é de suma relevância a construção de sistematizações que visem refletir as metodologias de trabalho em grupo; como têm sido planejadas essas atividades, caso estejam se realizando; como têm sido registradas; o que têm observado em termos de compreensão por parte dos usuários sobre as implicações do tratamento; se têm se refletido na qualificação do atendimento individual/familiar e no acesso aos direitos inscritos nessas políticas.

Os desafios à efetivação da intersetorialidade são identificados por Gurjão et. al. (2018) como fruto do desfinanciamento e da histórica fragmentação das políticas. Uma das expressões da fragmentação se dá na “ausência de um canal de comunicação formal entre instituições que formam esse sistema de proteção social” (idem, p. 55). O que, diante do não êxito na comunicação, reduz o atendimento às orientações aos usuários sobre como devem proceder, munidos de relatório social e médico.

Concorda-se que as falhas decorrentes de um modelo fragmentado de atenção se refletem na frágil consolidação de uma Rede Socioassistencial que não dispõe de sistemas operacionais que possibilitem a efetivação de ações articuladas. Além do encaminhamento, o contato prévio com as instituições é de fundamental importância para enfatizar as especificidades do tratamento em questão, a urgência na resolução dos problemas e para o fortalecimento da articulação com outros profissionais da RAS e da Rede Socioassistencial como um todo.

Quanto à interdisciplinaridade, muito do que já se pontuou sobre os desafios dessas práticas tendo por recorte a implementação do PP da RESMULTI-UFC é expressão de uma organização do trabalho pautada em equipes multiprofissionais, mas sem efetiva interlocução entre os saberes.

Percebeu-se no curso das análises que somente dois dos TCR's deram mais ênfase em discorrer sobre as sessões clínicas semanais e reuniões de equipe, descrevendo de forma detalhada ao que se propõem. Ambos tiveram por campo o TMO. São esses os de Monteiro (2015), que consiste em um relato de sua experiência como residente nesse transplante e o de Alves (2018) que reflete a inserção do profissional de Serviço Social na equipe de referência da hematologia, fazendo o recorte nas demandas que se apresentam por decorrência do TMO e considerando que as equipes multiprofissionais do HUWC foram redimensionadas em 2016, com base no que preconiza da PNH (BRASIL, 2008).

Monteiro (2015, p. 12) descreve as sessões clínicas como “encontros” multiprofissionais e com a presença de estudantes de todas as categorias, “com o intuito de discutir temáticas e ações que permeiam o cotidiano das enfermarias e ambulatórios”. Além disso, mensalmente, essa se destina a reunir os profissionais para uma apresentação da lista de espera do TMO e é quando são refletidas a história social e clínica desses usuários.

Do que relata Alves (2018, p. 10) sobre as reuniões de equipe, tem-se que nessas a então residente e a preceptora contribuía “com o conhecimento específico do Serviço Social durante as discussões e encaminhamentos dos casos, considerando que as expressões da questão social reverberam na adesão do usuário ao tratamento” e que a partir dessas reuniões eram traçados os projetos terapêuticos singulares.

Tem-se que uma das razões para as reflexões em torno dessas temáticas terem se dado no TMO, pelo menos no contexto da elaboração do TCR de Monteiro (2015), com a qual a experiência como residente foi compartilhada, o fato de que os horários em que aconteciam as sessões clínicas dos transplantes hepático e renal não serem condizentes com o de trabalho das assistentes sociais preceptoras dessas unidades.

A presença do preceptor nesses espaços é fundamental para a sua própria posição nas equipes, para socialização dos residentes com os demais profissionais, bem como para que os residentes não assumam responsabilidades que não condizem com a sua condição.

Reforça-se a necessidade de ampliação das equipes de Serviço Social para que se efetive o potencial da preceptoria de núcleo em constituir-se como espaço de mediação entre o trabalho profissional na interface com outras áreas profissionais e como espaço de organização da atenção na constituição de suas competências, em acordo com Kuss e Lewgoy (2019).

Com o redimensionamento dessas equipes, podem ter acontecido mudanças nesse sentido. O que se reconhece como mais uma lacuna dessa pesquisa, tendo em vista a impossibilidade de ir a campo. Sinaliza-se a necessidade de reflexões que tenham esses espaços como objeto de análise, visando não só identificar a que se propõem, mas os seus desdobramentos em ações cotidianas, os conteúdos mais abordados, a forma como são conduzidos, sob qual horizonte teórico-analítico, entre outras.

Os dois TCR's que apresentaram a caracterização da sessão clínica não tiveram por foco problematizar a denominação desse espaço como tal. É importante destacar que, numa perspectiva integral de atenção, a clínica é uma dimensão das práticas sociais desenvolvidas no âmbito da saúde, mas não única.

Ao espaço que se propõe a ser de “encontros” multiprofissionais e com a presença de estudantes de todas as categorias, “com o intuito de discutir temáticas e ações que permeiam o cotidiano das enfermarias e ambulatórios” (MONTEIRO, 2015), seria mais adequado denominações como “sessão de estudos compartilhados”, “sessões de estudos multiprofissionais” ou outra denominação que consiga expressar a ideia de que as questões socioeconômicas, culturais e subjetivas do adoecimento também perpassam as práticas desenvolvidas no contexto hospitalar.

O que se reflete, com base na experiência pessoal e nas análises proferidas, é que o fato de o assistente social ser requisitado para dar respostas às expressões da questão social lhe é atribuído de forma irrefletida, muitas vezes pela própria categoria, a função de ser o responsável pelas ações orientadas pelo conceito ampliado de saúde, quando essa direção pressupõe o planejamento e o desenvolvimento de ações concretas de forma articulada entre todos os profissionais.

Uma vez que o assistente social deve apreender as condições socioeconômicas e culturais em que vivem os usuários, com vistas ao acesso e ampliação de direitos, se não se faz presente nos espaços multiprofissionais, os aspectos que transcendem o corpo adoecido pouco são refletidos.

Tinha-se a percepção de que as discussões em torno das questões relativas às condições de vida e trabalho dos sujeitos eram mais presentes nas reuniões de avaliação do que no contexto das sessões clínicas, que é para se configurar como espaço onde os profissionais e estudantes compartilham seus estudos em andamento ou resultados de pesquisas, com base no que têm realizado no cotidiano do trabalho. Nas sessões clínicas, considerando o período vivenciado, o habitual era se colocar em discussão os estudos e pesquisas da medicina.

Há algumas hipóteses que podem explicar essa percepção, que vão desde a recente implementação da RESMULTI-UFC, pois embora nesse curto espaço de tempo as categorias que a compõem tenham produzido estudos relevantes, não chegam ao volume das produções da medicina, até a reprodução dos processos de cooperação vertical que ainda têm por referência o subsídio às práticas médicas, evidenciando que a mudança que deve se realizar na sessão clínica refere-se à reformulação de sua nomenclatura, mas não só.

Sobre o desenvolvimento do trabalho das equipes no contexto das enfermarias, no esboço para a construção do “Relatório de análise da humanização na enfermaria do transplante do Hospital Universitário Walter Cantídio,” que teve por *locus* de análise os transplantes hepático e renal, foram pontuados alguns elementos significativos em torno das relações “profissionais-pacientes” e profissionais entre si nesses espaços.

As reflexões construídas em torno da relação “profissionais-pacientes” partiram dos questionamentos se “a informação ao paciente sobre seu quadro clínico tem feito parte da conduta da equipe?” ou também se “essa comunicação tem sido feita de acordo com as necessidades do paciente e do que ele traz como demanda?” Também buscou-se analisar se a linguagem utilizada era acessível e se a maior parte das respostas a essas perguntas foram negativas. O estudo chegou às seguintes conclusões:

Frequentemente nos deparamos na nossa prática com pacientes que relatam não ter informações sobre seu estado de saúde, bem como sobre quais encaminhamentos estão sendo discutidos para o seu tratamento [...] o paciente não participa, apenas recebe certas informações já decididas entre a equipe acerca de possíveis procedimentos, onde só cabe ao mesmo aceitar ou, de outra forma, ser considerado como paciente difícil, resistente e até mesmo indesejado. A fala é carregada de significação e explorá-la pode trazer benefícios em relação à escolha de um dado medicamento ou mesmo a escolha por nenhum. Para melhor compreensão, daremos um exemplo retirado do próprio serviço: paciente recém-transplantada se queixava de insônia e foi prontamente medicada com *Diazepam*. Mesmo fazendo uso do medicamento, a mesma continuava queixosa de seu sono roubado. Dentro do trabalho de escuta realizado pelo Serviço de Psicologia do setor foi descoberto que a insônia vinha acompanhada de choro constante, ambos ligados a um quadro de ansiedade gerado por uma situação doméstica deixada em aberto e que pode ser resolvida com o acompanhamento do profissional de psicologia e da assistente social [...] assim, um paciente considerado poliqueixoso, resistente ao tratamento pode ter resistência em deixar sua doença pelos ganhos secundários que esta traz [...] (GURJÃO, 2014, Mimeo).

Outro ponto abordado foi a “segurança do paciente”, considerando que se trata de uma enfermaria que atende sujeitos imunossuprimidos. Sinalizou-se a necessidade de serem ampliadas as informações referentes a essa questão junto aos profissionais da equipe e de estimular o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI’s), também os alocando em pontos de fácil acesso.⁶⁶

Reforça-se a necessidade de que os profissionais devem passar informações sobre todo o processo terapêutico aos usuários e buscar identificar se foram assimiladas; mantê-los informados sobre as normas e rotinas do hospital; que desenvolvam trabalhos a partir de estudos de caso dentro da perspectiva multiprofissional e que sejam viabilizados espaços para permitir a fala do profissional de saúde para além da técnica.

Quanto à relação entre os profissionais, pontua-se que o espaço físico das enfermarias constitui um dos fatores que não favorecem ao estabelecimento de uma comunicação efetiva entre esses. Cabe pontuar que os ambulatórios não ficam em espaços interligados às enfermarias. O que facilitaria o deslocamento dos profissionais para espaços mais propícios à realização de reuniões.

Acrescenta-se às observações desse esboço que nem todos os profissionais transitam em ambos os espaços. Logo, para os profissionais que atuam restritamente nas enfermarias é mais difícil o estabelecimento de reuniões sistemáticas nesse ambiente e também se percebia, no contexto vivenciado, a ausência de atividades efetivamente articuladas entre as equipes de ambos.

Assim, observou-se que a comunicação acontece prioritariamente através do prontuário, no qual cada profissional registra seu atendimento em um documento em comum, e neste é que são buscadas as informações do paciente. Sabe-se que esta forma de comunicação pode ser falha, uma vez que informações importantes podem ser suprimidas nas anotações, ou tais anotações podem não ser totalmente entendidas ou bem interpretadas [...] rotineiramente nos deparamos com situações em que há uma assistência isolada pela equipe multiprofissional, pois os profissionais não interagem para que a equipe possa atuar conjuntamente [...] Outro ponto que merece destaque é a desvalorização de algumas profissões que compõem a equipe de saúde, principalmente na relação com os profissionais médicos, gerando muitas vezes conflitos entre os componentes da equipe de forma a prejudicar a assistência qualificada e integral (GURJÃO, 2014, MIMEO).

O esboço do relatório também faz referência ao ambiente físico para a realização de prescrições e anotações para todas as profissões, tendo em vista que há uma sala de prescrições

⁶⁶ Embora a disseminação de informações sobre a importância do uso de EPI’s para prevenir a disseminação e contágio de doenças tenha se ampliado a partir da pandemia da *Covid 19*, abordagens dessa natureza já eram recomendadas e debatidas no cotidiano de tratamentos de alta complexidade que interferem de forma significativa no sistema imunológico de quem se encontra nessas condições.

médicas “*que é muito pequena*” (idem) e os demais profissionais se revezam em um balcão que fica no corredor das enfermarias.

Considera-se no esboço do referido relatório que a desvalorização de algumas profissões e os conflitos poderiam ser minimizados se houvesse reuniões periódicas entre os profissionais e a gestão das enfermarias que abordassem a importância de cada profissão, identificando as queixas e sugestões profissionais, visando a elaboração de estratégias de trabalho conjuntas.

Assim, são destacados como principais desafios no cotidiano do trabalho nos transplantes a efetivação de práticas interdisciplinares e a ampliação das equipes. Enfatiza-se, também, o desmonte das políticas sociais como entrave à resolução das situações encaminhadas para outros serviços, tanto da saúde, como de outras políticas.

Monteiro (2015) enfatiza que a sobrecarga de atividades imposta ao trabalho e a requisição de intervenções pontuais e resolutivas em relação ao que se apresenta na imediatividade contribuem para que não sejam priorizadas as ações de pesquisa e de sistematização da prática, tomando por referência a sua experiência como residente.

Ainda que a particularidade de constituir-se como uma formação no e para o trabalho viabilize a sistematização da prática mais do que em outros espaços de atuação, considerando o fato de ter-se que elaborar TCR, apresentar estudos e relatórios de ações, a sobrecarga de atividades faz com que a sistematização torne-se algo enfadonho e pode comprometer a qualidade das reflexões construídas.

Nos relatos das assistentes sociais residentes entrevistadas por Rolim (2015) a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções na instituição são destacados como fatores que repercutem na concretização das ações interdisciplinares. Pontua-se nas entrevistas que o trabalho nos transplantes finda pro ser *setorializado*, no qual “*o farmacêutico fica na farmácia, o assistente social na sala do Serviço Social e acabam se encontrando nos corredores.*”

Dentre os relatos, pontua-se o desafio do acompanhamento dos usuários nos ambulatórios após o transplante de forma previamente agendada, uma vez que a sobrecarga de demandas incorre na redução desses atendimentos às situações que são caracterizadas como emergenciais. O que se observa é que essas demandas emergenciais são as que determinam a rotina do atendimento aos usuários que já realizam o procedimento.

Quanto às potencialidades do Serviço Social, Monteiro (2014, p.11) destaca esse profissional como “*agente fundamental para discutir, propor e integrar políticas públicas, constituindo-se simultaneamente enquanto agente crítico e operador da Saúde*”. Também é apontado nos relatos das assistentes sociais entrevistadas por Rolim (2015, p. 91) como

“mediador junto aos demais membros da equipe”, a fim de socializar informações sobre os sujeitos que precisam ser compartilhadas.

Alves (2018, p. 11-12) aponta que na entrevista social são identificadas questões a serem refletidas junto à equipe de saúde e aos “pacientes,” bem como são necessários debates relacionados à ampliação da participação social desses sujeitos, visando à democratização do acesso aos serviços de saúde e colaborando com o rompimento do modelo centrado na doença.

Monteiro (2015) também enfatiza a disputa ideopolítica de projetos no interior da própria profissão, uma vez que essa “é permeada pelos projetos profissionais em disputa e não apenas aquele vinculado à tradição marxista [...]”.

O sucateamento que envolve as políticas públicas no país invade o mercado de trabalho, impondo ao assistente social novas e antigas demandas, resultando em respostas profissionais conservadoras ou de ruptura [...] o trabalho com transplantes, por si só, exige do assistente social conhecimentos técnicos para além de sua formação generalista. Portanto, o profissional deve aprofundar-se na temática, com vistas a compreender o sujeito social que vivencia este tratamento e suas novas necessidades sociais. Dessa forma, deve-se atuar na perspectiva interdisciplinar, visando às trocas de saberes, discussão das demandas específicas e uma intervenção que contemple a dimensão de totalidade. (MONTEIRO, 2015, p. 12).

Em síntese, o que se considerou nessa pesquisa como contribuição da RESMULTI-UFC para o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais nas equipes de transplante do HUWC foi o redimensionamento desse trabalho, confluindo para o planejamento e organização das ações do Serviço Social na instituição como um todo e na recorrência ao aporte teórico-metodológico e ético-político da profissão, visando qualificar as intervenções a partir da compreensão da sua instrumentalidade.

A construção coletiva desse trabalho, não só no que diz respeito às práticas cotidianas, mas nas reflexões sobre as expressões da questão social, são pontuadas no conjunto dos TCR's. Cordeiro (2014) enfatiza que o seu trabalho de conclusão foi fruto de reflexões coletivas e considera a RMS como uma oportunidade ímpar de contribuição ao trabalho das equipes de saúde.

Viana (2015) afirma que a residência é um significativo espaço para que o profissional graduado em Serviço Social que opte por trabalhar no SUS aprofunde os seus conhecimentos sobre a forma como a questão social se expressa no processo saúde-doença e qualifique a sua intervenção nos serviços onde atuam.

Em seu TCR Monteiro (2015, p. 2) afirma que as suas anotações pessoais, relatórios e observações fazem do seu trabalho de conclusão a transformação em palavra escrita do que “foi sentido e pensando” durante a vivência na RESMULTI-UFC, em interlocução com os profissionais de saúde desse espaço, principalmente com preceptores.

Essas colocações reforçam o potencial da modalidade de formação da RMS como espaço de contribuição para o debate do trabalho do Serviço Social a partir do chão histórico onde esse se desenvolve. O que pode refletir-se na construção de proposições coletivas condizentes com as condições concretas para as quais as atividades dessa profissão são requisitadas.

Não por acaso a perspectiva de apreender o trabalho realizado a partir da instrumentalidade da profissão permeia o conteúdo dos TCR's e a equipe de Serviço Social desse hospital construiu um grupo de trabalho no planejamento estratégico do ano de 2015 para pensar a intervenção no HUWC a partir dessa perspectiva.

Sabe-se que os desafios à efetivação do atendimento em uma perspectiva ampla, muitas vezes reduzido a um desafio apenas para o Serviço Social, através do acionamento das políticas sociais, são próprios à dinâmica do modo de produção capitalista e acompanham as transformações no interior desse sistema. Contudo, não significa que a profissão não tenha contribuições a dar para a transformação do trabalho em saúde como um todo.

O subsídio da teoria social crítica e o conteúdo sistematizado ao longo de quase uma década apresenta chaves de análises fundamentais e, por isso, não devem ficar restritas às assistentes sociais da instituição. Devem ser debatidos junto aos profissionais das equipes, com vistas à construção de um olhar diferenciado para o atendimento em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro aspecto a ser destacado da pesquisa que foi apresentada é a mobilização da pesquisadora para a sua realização, uma vez que, para além da contribuição do referencial teórico adotado e do que as sistematizações produzidas pelas assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFC permitiu elucidar, trata-se de uma exposição sobre o concreto vivenciado, sentido e refletido no contexto desse programa de residência.

Foi pautada na experiência da formação-trabalho em um serviço de alta complexidade, como é o transplante, no contexto de um HUF, somado ao arcabouço teórico-metodológico que direciona a formação do Serviço Social no Brasil, sobretudo no aprofundamento nesse referencial ao longo do mestrado, que o posicionamento em defesa de uma formação por RMS direcionada pelo projeto ético-político do Serviço Social se demarcou.

Para além do Serviço Social, o que norteou o conjunto das reflexões aqui expostas foi a defesa de uma formação em saúde direcionada pela plena efetivação do SUS, articulando-o ao campo da determinação social do processo saúde-doença conforme o debate da Reforma Sanitária.

Considerando que a pesquisa realizada objetivou identificar a contribuição de um programa de RMS para o trabalho do Serviço Social no contexto do atendimento a usuários em processo de transplante, discorre-se a partir das hipóteses estabelecidas o que foi possível obter de respostas relativas a essa finalidade.

A hipótese inicial foi a de que a RESMULTI-UFC, objetivamente, se materializa como um campo significativo para refletir a realidade e fortalecer o projeto contra-hegemônico, que busca a transformação de práticas na saúde, mas sofre diretamente os efeitos do contexto de desmonte do SUS e da precarização das relações de trabalho.

A partir da hipótese inicial se desdobraram mais duas. A primeira de que as sistematizações do Serviço Social no contexto da RESMULTI-UFC trouxeram subsídios significativos para refletir as expressões da questão social na atenção em transplante e têm contribuído para a constante “realimentação” do trabalho nas unidades do HUWC. E a segunda em que a conformação de equipes multiprofissionais e a inserção do Serviço Social nessas contribuiu para a apreensão do “processo de transplante” e não somente do “procedimento”, mas, que ações interventivas pautadas no processo como um todo devem ser direcionadas pela ruptura com a cultura hospitalar centralizada do saber médico.

Essas hipóteses tiveram por subsídio fundamental a análise que se faz da forma como a produção e reprodução da vida social acontecem no capitalismo, considerando as

transformações no interior desse sistema. Esse tende a subsumir toda a dinâmica da vida social à lógica mercantil, em decorrência da sua intrínseca necessidade de expansão, ao passo que a riqueza produzida gradativamente vai se concentrando em poucos grupos, como bem exposto por Marx (1978).

Dos conflitos que envolvem a exponencial produção de riqueza e a sua apropriação por quem não a produz, tem-se uma dinâmica social de intensas disputas protagonizadas pelos antagonismos estabelecidos entre esse projeto, para o qual para o qual força de trabalho é reduzida a um meio de obtenção de lucro, e o projeto de sociedade que tem no seu horizonte a emancipação dos indivíduos sociais, sobretudo através da não exploração e da não apropriação privada do produto do trabalho.

Essas disputas estão no cerne das formas de conceber o processo saúde-doença ao longo da história e dos modos de atenção. O que repercute na organização do trabalho, na formação e na qualidade dos serviços prestados à população. Considerou-se essas três dimensões como indissociáveis ao se refletir a proposta da RMS, estabelecendo o recorte relativo às particularidades do país.

Assim, as concepções de como deve se dar a atenção em saúde - se pública universal, integral e igualitária; ou se privada, contributiva, focalizada e fragmentada - têm rebatimentos na organização do trabalho nos serviços dessa natureza e para a forma como é conduzida a formação em saúde. Essas são intrinsecamente articuladas a determinados projetos societários.

No contexto brasileiro, essas tensões são vivenciadas no cotidiano dos serviços pelos usuários, pelos trabalhadores e pelos sujeitos que também são trabalhadores, mas na condição de estarem em um processo de formação para serem incorporados às equipes multiprofissionais do SUS. Tensões essas expressas pelas requisições relativas à efetivação desse sistema, conforme estabelecido na CF1988, bem como pelos interesses do projeto hegemônico em continuar expandindo a acumulação de capital através de serviços prestados pelas políticas sociais e para o qual, no âmbito da Saúde, a manutenção do modelo médico-centrado é estratégica.

Considerou-se que a ampliação das equipes multiprofissionais na saúde traz no seu cerne a potência de ruptura com o modelo biomédico, *curativista* e *hospitalocêntrico*, mas que não é a existência de outras categorias atuando na prestação de um serviço que por si vai garantir a efetivação de um modelo de atenção integral, que valoriza todos os saberes, inclusive dos usuários.

A bibliografia consultada demonstrou que historicamente o reconhecimento das outras profissões da saúde se deu em função do aprimoramento da prática médica. Dentre essas, o

Serviço Social passou a assumir funções que eram realizadas por essa categoria, mas que transcendiam a intervenção no corpo adoecido, na perspectiva de regulação do acesso e do suporte a procedimentos considerados lucrativos para a forma de reprodução do capital a partir desse âmbito.

O modelo biomédico é posto em xeque no Brasil pelo movimento da Reforma Sanitária, que partiu da premissa de que a materialização de um modelo fundado numa perspectiva ampla de saúde e, por isso, vislumbrando a integralidade das ações, requisitava formas de cooperação no trabalho em saúde mais dialogadas e democráticas, com vistas ao suprimento das necessidades dos sujeitos que abarcassem as suas condições de vida e trabalho. Para isso, a promoção de um ensino em saúde baseado na construção coletiva e participativa é substancial.

Nessa conjuntura, que tem por marco inicial os anos 1970, inicia-se o lento processo de institucionalização dos programas de RMS. Entre a categoria dos assistentes sociais a partir dos anos 1980 fortaleceu-se o movimento de revisão interna da profissão e com isso foram refletidos os seus fundamentos, requisições e passou-se a construir o atual projeto ético-político profissional, que assume o compromisso com a luta em defesa dos trabalhadores, com a liberdade, democracia, igualdade e com a justiça social.

Ao passo que algumas iniciativas próprias à efetivação do SUS tiveram que ser implementadas, ao longo dos anos 1990 tem-se a incorporação do receituário neoliberal, conforme imposto pelo capital internacional, culminando num processo de desmonte das garantias constitucionais, sobretudo no que se refere aos direitos sociais.

Durante os governos *petistas*, entre 2003 e 2015, foi identificado que houve tentativas de conciliação entre projetos que são antagônicos. O que, substancialmente, favoreceu ao capital, tendo em vista a flexibilização dos referenciais teóricos da Reforma Sanitária e o que o setor privado teve de ganhos, sobretudo através dos serviços públicos. Para esse setor, a saúde permanece como fonte significativa de lucros.

Tem-se que a ampliação dos programas de RMS se dá nesse contexto e transita entre a sua potência de realização como uma das frentes da PNEPS para o SUS ou reproduzir a perspectiva histórica de uma educação instrumental, resumida ao treinamento para operacionalizar as funções para as quais o trabalho é requisitado.

Uma vez que se realiza em um contexto de desmonte do SUS, dos direitos trabalhistas e da conformação de contratos precarizados no âmbito dos serviços públicos, a sua configuração como uma alternativa ao desemprego e/ou mais uma estratégia de contrato em condições precárias, que atende aos ensejos do projeto hegemônico, tem sido evidenciada, sobretudo com

a organização e gestão dos processos de trabalho em saúde referenciados pelos moldes de produtividade e padrões de eficiência do setor privado.

Ao longo da exposição dessa pesquisa foram apresentadas as tensões que atravessam essa proposta de formação, que são próprias aos projetos societários em disputa. Identificou-se como uma lacuna a possibilidade de ir a campo para analisar como o processo de contrarreforma, acelerado nos Governos Temer e Bolsonaro, tem se expressado no HUWC, sobretudo porque o HUWC foi um dos HUF's que aderiu ao *gerencialismo* para a gestão dos serviços prestados e no período da experiência como residente essa proposta ainda estava em implementação.

Diante dessa impossibilidade, foram expostas algumas impressões sobre o período caracterizado como de transição no HUWC e alguns elementos significativos do debate nacional, sobretudo destacando o acúmulo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde sobre como a EBSERH repercute na no trabalho, formação e atenção à saúde.

Foi sugerida, como objeto de análise de futuros estudos, a construção de reflexões em torno da configuração do acesso e atenção à saúde dos usuários, do trabalho e da EPS no cotidiano dessa instituição, a partir da EBSERH. Sabe-se dos desafios que envolvem estudos dessa natureza, tendo em vista o seu potencial de conflitos entre profissionais e/ou residentes para com a perspectiva adotada pela instituição.

Contudo, diante da necessidade urgente de se pautar a defesa do SUS, não poderia furtar-se de pontuar um elemento tão fundamental que é o debate em torno da gestão dos serviços e, por isso, construir estratégias de como fazê-lo. Pois, o que se evidencia sobre a adesão ao *gerencialismo* na gestão dos HUF's é o comprometimento da autonomia universitária, não só para a gestão do seu patrimônio, mas para o ensino, a pesquisa, extensão, controle social e condições de trabalho.

Diante da objetiva inviabilização do controle social através das instâncias definidas pela EBSERH, faz-se necessário que os profissionais do HUWC e o conjunto dos residentes ampliem a participação em outros movimentos sociais organizados e que têm pautado a luta contra a privatização do SUS. Deu-se ênfase ao Fórum Nacional de Residentes em Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Embora o último TCR analisado seja do início do ano de 2019, considerou-se pertinente apresentar algumas reflexões relativas à configuração político-econômica do país até o momento das primeiras análises de conjuntura que foram feitas em relação à forma como o Governo Federal tem agido diante da pandemia da *Covid 19*.

Fez-se isso tanto porque a atual situação do país alterou a dinâmica da realização desta pesquisa, como por suas repercussões diretas para as disputas travadas no âmbito da saúde, e pelo intuito de contribuir com as reflexões do Serviço Social do HUWC em torno dos desafios que o atual contexto representa para uma ação direcionada pelo projeto ético-político da profissão.

Enfatiza-se que o processo verticalizado da construção da RESMULTI-UFC trouxe prejuízos à forma como essa tem se dado: sem espaços de debates coletivos entre preceptores, tutores e NDAE. Cada categoria por si, isoladamente, lida com as demandas relativas ao programa.

Considera-se fundamental não retroceder nos avanços conquistados, bem como debater o seu PP de forma ampla e somar-se às lutas nacionais em torno do redimensionamento e da qualificação dos programas de residência, sobretudo incorporando o debate da Reforma Sanitária nos seus diferentes espaços.

Urge que os espaços coletivos formados por esses profissionais se realizem com o intuito de debater que concepção de residência de fato direciona-se pela plena efetivação do SUS, como se afirma no texto do PP.

Como alguém que desde a graduação em Serviço Social esteve presente nos espaços da militância, a experiência em um programa de RMS na alta complexidade do atendimento à saúde permitiu perceber como, para além das condições de trabalho como fator limitador da autonomia profissional, a cultura hospitalar centrada nos procedimentos constitui um entrave à mobilização dos sujeitos que atuam nessas instituições para que participem de espaços que extrapolem as pautas corporativas e/ou que se estendam para outros níveis de atenção no âmbito do SUS e para a Rede Socioassistencial como um todo.

Ainda que o conjunto das sistematizações analisadas expressem as dificuldades relativas à materialização de ações interdisciplinares e direcionadas pela perspectiva da atenção integral, considera-se que só o fato de isso ser identificado, refletido e exposto já configura um avanço, tendo em vista o tempo de implementação da RESMULTI-UFC em um espaço historicamente marcado por uma perspectiva *flexneriana* de atenção.

Considera-se que o acúmulo teórico-metodológico e ético-político da profissão sobre o que a legitima socialmente na estrutura social capitalista foi fundamental para que as profissionais identificassem e refletissem as contradições evidenciadas no cotidiano do HUWC, sejam as que atravessam a materialização da RESMULTI-UFC, seja o cotidiano do trabalho nas unidades transplantadas.

Ressalta-se que a partir da RESMULTI-UFC a produção acadêmica do Serviço Social do HUWC como um todo aumentou e por outras vias que não só os TCR's. As profissionais enfatizaram a importância da residência para que revisitassem o aporte teórico-metodológico da profissão e evidenciou-se a busca por fortalecer o debate da instrumentalidade desse trabalho.

Além do redimensionamento do trabalho no HUWC, o que também foi destacado como de significativa contribuição da RESMULTI-UFC para o Serviço Social nos processos de trabalho coletivos dos transplantes foi o que se refletiu sobre as expressões da questão social nesse contexto. Essas sistematizações, além de contribuírem para que o Serviço Social reflita e redefina constantemente a sua intervenção, devem ser refletidas junto às equipes e aos usuários nas aulas, reuniões de equipe, seminários, entre outros espaços.

A dimensão do trabalho analisada faz referência a uma atuação do assistente social que, diante da complexidade que envolve a realização de um transplante, integra os processos de trabalho desenvolvidos por equipes multiprofissionais junto ao usuário que é um potencial candidato, um potencial receptor inscrito em lista ou que está em acompanhamento após a realização do procedimento, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores.

Uma vez identificado que o trabalho dos assistentes sociais nas unidades de transplante é requisitado pela condição de imunossupressão e que, por isso, o seu êxito requer o acesso ao conjunto de direitos sociais que são relacionados à perspectiva ampliada de saúde, mas que são inviabilizados pela própria conjuntura de intensa mercantilização desses direitos, evidenciou-se a afirmativa de Costa (2000) de que há uma tendência nos serviços de saúde como um todo de o assistente social ser requisitado para tentar assegurar “pelos caminhos mais tortuosos” a integralidade das ações (idem, p. 62).

Identificou-se que na atenção em transplante o assistente social lida com as consequências da reprodução de um modelo de atenção *curativista* e fragmentado, que é parte fundamental para que os usuários passem a necessitar desse tratamento e tem o desafio de articular os sistemas de referência e contrarreferência para com a RAS e outras políticas setoriais, em meio a uma configuração da atenção que vai de encontro à efetivação desses mecanismos.

Evidenciou-se que o acúmulo teórico do Serviço Social sobre o que está no cerne da questão social foi fundamental para que as assistentes sociais articulassem as sistematizações em torno das suas expressões e das respostas construídas no cotidiano do atendimento à determinação própria da estrutura social capitalista nos processos saúde-doença.

Considera-se que as reflexões em torno da questão social, na forma como se apresentam concretamente no cotidiano da atenção em transplante, além de objeto de análise de algumas sistematizações, foram estruturadoras das que buscaram refletir as práticas desenvolvidas. A perspectiva de apreender a atuação profissional a partir da sua instrumentalidade perpassa de forma explícita ou implícita os conteúdos. O que sugere que a inserção do Serviço Social na RESMULTI-UFC potencializou reflexões sobre as condições concretas nas quais o trabalho se realiza.

Sabe-se que os desafios à efetivação do atendimento em uma perspectiva ampla, muitas vezes reduzido a um desafio para o Serviço Social, através do acionamento das Políticas Sociais, são próprios à dinâmica do modo de produção capitalista e acompanham as transformações no interior desse sistema, mas considerou-se que a profissão tem contribuições relevantes a dar para a transformação do trabalho em saúde como um todo.

O subsídio da teoria social crítica e o conteúdo sistematizado ao longo de quase uma década apresentam chaves de análises fundamentais e, por isso, não devem ficar restritas às assistentes sociais da instituição. Ao deparar-se com a quantidade e qualidade das questões apontadas pelos TCR's e outras produções no interior da RESMULTI-UFC, sentiu-se a necessidade ainda maior de pautar o quanto é fundamental que não sirvam apenas ao cumprimento de uma requisição burocrática dos programas de residência.

Para essa categoria em específico, sinaliza-se que é importante avançar nas reflexões em torno dos desdobramentos no cotidiano das atividades realizadas com grupos de usuários e também em equipe.

Reforça-se que a incorporação de mais assistentes sociais aos cenários de prática da RESMULTI-UFC é fundamental para a qualidade da atenção aos usuários e para que a preceptoria de núcleo constitua-se como espaço de mediação entre o trabalho na interface com as outras áreas e como espaço de organização da atenção na constituição de suas competências, em acordo com Kuss e Lewgoy (2019). Para além disso, que sejam construídas ações direcionadas pela valorização dos profissionais dos HUF's e que incorporem aos seus processos de trabalho as atividades relativas aos programas de residência.

Uma vez que a finalidade dos programas de residência é formar trabalhadores qualificados para a atuação no SUS, é necessário que as produções que os reflitam partam do chão histórico onde são implementados, com vistas à construção de análises mais aproximadas do real. Nem fatalistas, nem confundindo o que se tem por finalidade com o que se materializa no cotidiano.

Os programas devem ser refletidos nas disputas que atravessam a Política de Saúde, buscando perceber os seus desdobramentos para o atendimento aos usuários dos serviços, para as condições de trabalho e para a direção da formação.

Por tudo o que foi exposto, sobretudo pela experiência vivida e refletida pela pesquisadora, enfatiza-se que sim, mesmo com todos os retrocessos, a RMS configura um avanço na direção da efetivação da integralidade da atenção, continua sendo uma via estratégica à consolidação do modelo de atenção preconizado pelo SUS e para a construção de ações no contexto da formação-trabalho do Serviço Social direcionadas pelo projeto ético-político da profissão.

Contudo, sob o risco de ter sido redundante, enfatiza-se que só o fortalecimento de espaços coletivos intra e extra-hospitalares, que debatam os projetos societários que atravessam o SUS e a construção de ações concretas, direcionadas pela ruptura com o modelo biomédico e que subsume a saúde à lógica mercantil, é o que pode dar materialidade a todo o potencial de formação da residência.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, A.I. **Os determinantes sociais da saúde e a prática do assistente social no transplante hepático**: análise do instrumento de entrevista social. 2018. 39 f. Ensaio monográfico (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**. Salvador, v.9, n.4, p.865-884, 2004.

ALMEIDA, N. L. T de.; ALENCAR, M.M.T. Serviço Social e trabalho: particularidades do trabalho do assistente social na esfera pública estatal brasileira. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 161-180, 2015.

ALVES, T.S. **Integralidade da atenção em saúde**: a inserção do assistente social na equipe de referência em hematologia do hospital Universitário Walter Cantídio. 2018. 14 f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.

ANDRADE, M.D.; FÉLIX, F.R.; ALCÂNTARA, G.V. A Residência Multiprofissional e os desafios da dimensão técnico-operativa da instrumentalidade no cotidiano profissional do (a) assistente social. In: ALVES, D.C.; VALE, E.S.; CAMELO, R.A. (Org.). **Instrumentos e técnicas do Serviço Social**: desafios cotidianos para uma instrumentalidade mediada. Fortaleza: EdUECE, 2020, p. 135-183.

ANTUNES; R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

AROUCA, S.S.A. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 180f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA DOS FUNDAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL (GEPEFSS). **Relatório da pesquisa – Mapeamento das residências em área profissional e Serviço Social**. Brasília; Juiz de Fora, UFJF, 2018b. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E PESQUISA EM POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL (CEDEPSS). Diretrizes Gerais Para o Curso de Serviço Social (com base no currículo mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). **Cadernos ABEPSS**, São Paulo, n. 7, p. 58-76, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Manual de Transplante Renal**. Grupo Lopso de Comunicação Ltda. Novartis Biociências, s.d. Disponível em: < http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Profissional_Manual/manual_transplante_rim.pdf >. Acesso em 17 mar. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2013-2020)**. ABTO, 2020. Disponível em: < <https://site.abto.org.br/publicacao/xxvino-4-anual/> >. Acesso em: 17 mar. 2021.

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

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BENSAID, D. Os despossuídos: Karl Marx, os ladrões de madeira e o direito dos pobres. Prefácio. In: MARX, K. **Os despossuídos**: debates sobre a lei referente ao furto de madeira. Tradução Mariana Echalar. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAUDE. **O que é transplante**. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/142transplante_de_orgaos.htm >. Acesso em 07. Fev. 2021.

BRASIL. Câmara de Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF, 1995. Disponível em: < <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf> >. Acesso em: 12. Jan. 2021.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (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. Diário Oficial da União, nº 217, Seção 1 – p. 34, Brasília, 10 de novembro de 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto Nº **80.281 de 05 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 1977. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm >. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 6.932, de 07 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e da outras providências. Brasília, DF, 1981. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-6932-7-julho-1981-357276-publicacaooriginal-1-pl.html> >. Acesso em: 28 fev. 2021.

BRASIL. **Lei 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em: 12. Jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em 06. Fev. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 12. Jan. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em: 12. Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 2, de 4 de maio de 2010**. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Diário Oficial da União, nº 84 Seção 1 – p. 13. Brasília, DF, 05 maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Prestação de Contas Ordinárias Anual. **Relatório de Gestão do Exercício de 2011**. Brasília: MEC/SEP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 287, de 08 de outubro de 1998**. Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde. Brasília: MS/CNS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução Diretoria Colegiada nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 - RDC 50**. Estabelece os requisitos de projeto de edificações e de suas instalações para os estabelecimentos de saúde. Brasília: MS/ANVISA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS)**. 3. ed. Brasília, DF: MS/CNS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS)**. 2. ed. Brasília, DF: MS/CNS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Transplante de Órgãos e Tecidos**. Lei n. 9.434/1997 e Lei n. 10.211/2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10211.htm> Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Saúde**: direito de todos. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php>>. Acesso em: 12. Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF: MS/SAS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: MS/SE, 2004.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.117**, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 2.538 de 19 de outubro de 2006**. MEC/MS. Constitui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 506 de 24 de abril de 2008**. MEC/MS. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a

Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 883 de 05 de julho de 2010.** MEC/MS. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas de educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da União, nº 127 Seção 1 – p. 17. Brasília, DF, 06 de julho de 2010.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº45 de 12 de janeiro de 2007.** MEC/MS. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões sobre os Governos Lula e Dilma. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan. 2020.

BRAVO, M.I.S. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E; et. al. (Org). **Serviço Social e Saúde: trabalho e formação profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

BRAZ, M. O Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília, DF, 2009, p. 185-2009.

BRAZ; M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

BRUM, E. Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”. **El País** – Brasil, Mina Gerais, 21 jan. 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>> Acesso em 22 jan 2021.

CAIVANO, S. et. al. Conflitos de interesses nas estratégias da indústria alimentícia para aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e os efeitos sobre a saúde da população brasileira. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 349-360.

CAPUTO, L.R.; SILVA, P.C.; TRISTÃO, V.A.C. Tutoria e Preceptoría de Residência Multiprofissional em Saúde: análises do Serviço Social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 498-512, ago/dez., 2019.

CARDOSO, et. al. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Novos subsídios para o debate. **Cadernos ABESS**, n. 07, São Paulo, 1997. p. 15-57.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra da América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: HOLLANDA, H. B. **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. 3ª e.d. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 252-270.

CARVALHO, A.; NEPOMUCENO, L. A residência multiprofissional em Saúde da Família. **SANARE**, v. 7, n.2, p. 31-37, 2008.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.137-170.

CASTRO, C.R.S. **Serviço Social e transplante renal**: uma análise acerca do documento que direciona o instrumento de avaliação pré-transplante renal. 2018. 33 f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.

CASTRO, M.M.C.; DORNELAS, C.B.C.; ZSCHABER, F.F. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 460-481, ago/dez., 2019.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Portaria nº 797 de nove de junho de 1998**. Cria a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado do Ceará CNCDO-CE. Fortaleza: SESA, 1998.

CECCIM, R.B. Acreditação pedagógica como estratégia de avaliação formativa institucional em programas de residência em área profissional da saúde. In: FERLA, A. et. al. (Org.). **Residências em saúde e o aprender no trabalho**: mosaicos de experiências de equipes, serviços e redes. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 315-344.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica**: formação para a integralidade. 2010. 228 f. Dissertação (Mestrado) –Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução 1.489, de 8 de agosto de 1997**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf >. Acesso em: 01 de março de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Residência em Saúde e Serviço Social**: subsídios para a reflexão. Brasília, 2017. Disponível em

<<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSBrochuraResidenciaSaude.pdf>>. Acesso em: 20. 12. 2021.

CORDEIRO, M.G. **Avaliação social para transplante renal: critérios e metodologia**. 2014. 14 f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2014.

CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. A privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais em questão. In: BRAVO, M.I.S. et. al. (Org). **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 33-41.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 35-72, mar., 2000.

COSTILLA, L.F.O.C.; NOBRE, M.C.Q. **Dominação e hegemonia burguesa na transnacionalização do capital: o Ceará na “Era Tasso” (1987/2002)**. Fortaleza: EdUECE, 2011.

COUTINHO, C.N. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Novos rumos**, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, Jan./jun., 2012.

COUTINHO, C.N. Representações de interesses, formulações de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011. p. 47-60.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. de. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-226, 2009.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Ministério da Educação. **Plano Diretor Estratégico 2018/2019**: Hospital Universitário Walter Cantídio – Fortaleza, 2017. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617367/PDE+HUWC+site.pdf/fcc8183d-72b4-4c35-870c-659e4f4d31a6>>. Acesso em 01 mar. 2021.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. Representações de interesses, formulações de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011. p. 181-192.

FERREIRA, A.M.; LEAL, L.M.; MARÇOLA, L.P.G.; Residências multiprofissionais em saúde: elementos acerca do direcionamento pedagógico da formação. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n.1, p. 159-175, jan. / jun. 2020.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRÃO, C.B. **Memória do Hospital das Clínicas**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 1994.

GOMES, K. K. de S.; OLIVEIRA, L. C.; ZANELLA, A. K. B. B.; MAIA, L. F. R. B. Novo modelo de gestão para hospitais universitários: Percepção dos profissionais de saúde. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 283–298, jun/dez, 2015.

GUERRA, I. BRAGA, M.E. Supervisão em Serviço Social. In: CEFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social, direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 531-552.

GUERRA, I. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62. p. 5-34, 2000.

GURJÃO, F. M. **Diário de campo**. FORTALEZA, 2014-2016, Mimeo.

GURJÃO, F.M. et. al. O diálogo necessário entre as políticas de Seguridade Social: a experiência do trabalho das assistentes sociais no Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. In: SILVESTRE, L.P.F. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil: exploração e diagnóstico**, v. 5. Ponta Grossa: Atena, 2018. p. 148-157.

GURJÃO, F.M; MAIA, L.F.R.B; CARVALHO, M.F.S.L. Tratamento Fora de Domicílio: perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 17, n. 1[25], p. 155-180, jan./jun, 2018.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, n. 3, p. 09-32 jan./jul, 2001.

IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS (Org.) **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, DF: 2009, p. 15-50.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M.V. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CFESS (Org.). **Atribuições Privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 21. ed. São Paulo: Cortez; Lima (Peru): CELATS, 2007.

KUSS, C.; LEWGOY, A.M.B. A Preceptoria de Núcleo de Serviço Social nos Programas de residência multiprofissional em Porto Alegre, RS. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 437-459, ago./dez., 2019.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v. 9, n. 4, p.931-943.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. Tradução Nélio Scneider. 1. e.d. São Paulo: Boitempo, 2013.

LUZ, M.P. **As instituições Médicas no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

MAIA, L.F.R.B; ANDRADE, M.D; ROCHA, M.G.F. Supervisão em Serviço Social no âmbito de um Hospital Universitário público de Fortaleza. In: Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) 3ª Região (Org.). **Desafios atuais ao trabalho do assistente social no contexto da ética profissional**. Fortaleza: Socialis Editora, 2019. p. 75-97.

MAIA, P. B. S..S. **Transplante de Medula Óssea e a lógica invertida do SUS:** desafios para a prática do profissional. 2019. 118 f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. de S.; ALMEIDA, V. V. de. **Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil:** análise do perfil dos receptores por sexo e raça/cor. Brasília, DF: IPEA, 2011.

MARX, K. **O Capital:** capítulo VI inédito. Tradução Eduardo Sucupira Filho. 1.ed. São Paulo: Ciências Humanas LTDA, 1978.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. Livro I: Processo de Produção do capital. Tradução Rubens Enderle. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MATOS, **Serviço Social e Saúde:** reflexões para o exercício profissional. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MATTOS, R. A. de. **Desenvolvendo e Oferecendo Ideias:** um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. 307f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

MEDEIRO, R.B. **As expressões da questão social vivenciadas por pacientes em pré ou pós transplante hepático em um hospital universitário público em Fortaleza, Ceará.** 2011. 18f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário Walter Cantído, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Perícia social: proposta de um percurso operativo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 67, p. 145-158, 2001.

MONTEIRO, M.C.S. **A prática profissional do Assistente Social em um Centro de Transplante de Medula Óssea**: um relato de experiência. 2015. 17 f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário Walter Cantído, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

MONTESUMA, G.S. et. al. Saúde Pública no Ceará: uma sistematização histórica. **Caderno ESP**, Ceará, v. 2, n. 1, p. 6-19, jan./jun. 2006

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2000.

NETTO, J.P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J.P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J.P. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, J.P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão popular, 2011.

OLIVAR, M.S.P.; VIDAL, D.L.C. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 92, p. 139-158, nov., 2007.

OLIVEIRA, V.D. **Projetos Político-Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde**. 2017. 213 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

OLIVEIRA; F.P. O 18 Brumário de Jair Bolsonaro. **Revista Fórum**, 2018, Disponível em: <<https://revistaforum.com.br/o-18-brumario-de-jair-bolsonaro/>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULA, L.G.P.; LIMA, J.B.; BEDIM, V.B. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: reflexões sobre competências e atribuições dos assistentes sociais/residentes. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 176-195, jan. / jun. 2020.

PUPO, F. Governo desiste de privatizar tudo e preserva mais 12 estatais. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 jul. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/06/governo-desiste-de-vender-tudo-e-preserva-mais-12-estatais.shtml>> Acesso em: 21 jan. 2021.

RESENDE, E. G. **Memórias da Administração da Enfermagem de um Hospital de ensino em Fortaleza-CE**: (RE) construção a partir da história oral. 2012. 151f. Dissertação

(Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (POLEDUC), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ROLIM, G.N. **A Residência Multiprofissional em Saúde como espaço formativo e interdisciplinar**: a experiência do Serviço Social em um Hospital Universitário Público. 2015. 137f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (POLEDUC), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SANTOS, J.R. **Uma análise sobre o retorno ao trabalho pós transplante renal**. 2019. 24f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) - Hospital Universitário Walter Cantído, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2019.

SIERRA, V. M. O Poder Judiciário e o Serviço Social na judicialização da política e da questão social. **Ser Social**, Brasília, v. 16, n. 34, p. 30-45, jan./jun, 2014.

SILVA, A.S; ET. AL. Chronic liver disease prevention strategies and liver transplantation. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 21, p. 79-84, 2006.

SILVA, B.M. **Saúde da população negra**: aspectos interseccionais de raça/cor no serviço de transplante renal. 2019. 53 f. Ensaio Monográfico (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) - Hospital Universitário Walter Cantído, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2019.

SILVA, C.O. **O Programa de Tratamento Fora de Domicílio**: perspectiva dos usuários do Serviço de Onco-hematologia de um hospital universitário – Ceará. 2018. 23f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) - Hospital Universitário Walter Cantído, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.

SILVA, G.N.; (Re) conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, jan./jun., p. 51-61, 2019.

SILVA, L.B.; CASTRO, M.M.C. **Serviço Social e Residência em Saúde**: trabalho e formação. Campinas: Papel Social, 2020.

SILVA, M.V; et. al. Mulheres “cuidadoras” e suas vivências no serviço de transplante hepático em um Hospital Universitário – Ceará. **O público e o privado**. Fortaleza, v. 16, n. 31, p. 129-151, jan./jun, 2018.

SINTUFCE [Dossiê]. **O cães no HUWC e na MEAC após a EBSEH**. Fortaleza, 2016. Disponível em: < <https://www.sintufce.org.br/download/documentos/dossie-sintufce.pdf> >. Acesso em 28 fev. 2021.

SOARES, L. S.S; ET. AL. Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 29, n.1, p. 1-15, 2020.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da questão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

SOUZA; J. **A elite do atraso: da escravidão à lava jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

UEBEL, A.C; ROCHA, C.M; MELLO, V. R.C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123, jan./jun., 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Complexo Hospital Universitário. **Projeto Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde**. Fortaleza: UFC, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Regimento interno da Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde**. Fortaleza: UFC, 2019.

VIANA, M. L. R. **Relato de experiência: inserção do (a) assistente social residente no Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio**. 2015. 21 f. Artigo (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

WAISSMANN, W. Agrotóxicos e doenças não transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 n.1, p. 20-21, jan./mar. 2007.

APÊNDICE A - Conteúdo sistematizado pelas assistentes sociais vinculadas à RESMULTI-UFU (2011-2019)

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	NATUREZA	AUTOR(AS)/ANOS
01	As expressões da questão social vivenciadas por pacientes em pré ou pós transplante hepático em um hospital universitário público em Fortaleza, Ceará	Identificar e refletir sobre as expressões da questão social e/ou os determinantes sociais vivenciados por sujeitos em avaliação ou que se submeteram a transplante hepático	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	MEDEIROS, R.B, 2011.
02	Avaliação social para transplante renal: critérios e metodologia	Relatar a experiência de atuação profissional do assistente social na saúde, referente ao processo de Avaliação Social para transplante renal.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	CORDEIRO, M.G, 2014.
03	Relato de experiência: inserção do(a) assistente social residente no Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio	Relatar experiência acerca da inserção do (a) assistente social, enquanto residente, no serviço de transplante hepático.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	VIANA, M.L.R, 2015.

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	NATUREZA	AUTOR(AS)/ANOS
04	A prática profissional do Assistente Social em um Centro de Transplante de Medula Óssea: um relato de experiência	Analisar a atuação do assistente social no contexto do Transplante de Medula Óssea do HUWC.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	MONTEIRO, M.C.S, 2015.
05	A Residência Multiprofissional em Saúde como espaço formativo e interdisciplinar: a experiência do Serviço Social em um Hospital Universitário Público	Compreender as contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde para a formação do assistente social na perspectiva da interdisciplinaridade	Dissertação de mestrado	ROLIM, G.N, 2015.
06	O Programa de Tratamento Fora de Domicílio na perspectiva dos usuários no ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará	Analisar o Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), mediante o relato dos usuários do Serviço de Transplante Renal.	Trabalho de Conclusão de Residência - 2015 - publicado na revista Serviço Social e Saúde, V. 17, ano 2018.	GURJÃO, F.M.; MAIA, L. F.R.B; CARVALHO, M. F.S.L.C, 2018.
07	Mulheres “cuidadoras” e suas vivências no serviço de transplante hepático em um Hospital Universitário – Ceará	Analisar o papel das mulheres cuidadoras e suas vivências no serviço de transplante hepático.	Trabalho de Conclusão de Residência - 2018- publicado na revista O público e o privado, v 16, n. 31, 2018.	SILVA, M.V. et. al., 2018.

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	NATUREZA	AUTOR(AS)/ANOS
08	Serviço Social e transplante renal: uma análise acerca do documento que direciona o instrumento de avaliação pré-transplante renal	Analisar o documento que define os critérios de avaliação pré-transplante renal e sua relevância para o trabalho do/a assistente social.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	CASTRO, C. R. da S, 2018.
09	Os determinantes sociais da saúde e a prática profissional do assistente social no transplante hepático: análise do instrumento de entrevista social	Analisar a relação entre os determinantes sociais da saúde e o trabalho do assistente social, a partir das entrevistas realizadas no serviço de transplante hepático.	Trabalho de Conclusão de Residência (ensaio monográfico)	ALDEODATO, A.I., 2018.
10	O Programa de Tratamento Fora de Domicílio: perspectiva dos usuários do Serviço de Onco hematologia de um hospital universitário – Ceará	Abordar o Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) na concepção dos usuários do Serviço de Onco-Hematologia.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	SILVA, C.O., 2018.

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	NATUREZA	AUTOR(AS)/ANOS
11	Integralidade da atenção em saúde: A inserção do assistente social na equipe de referência em hematologia do hospital Universitário Walter Cantídio	Refletir as contribuições do serviço social enquanto parte da equipe de referência em hematologia.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	ALVES, T.S., 2018.
12	O diálogo necessário entre as políticas de seguridade social: a experiência do trabalho das assistentes sociais no Serviço de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará	Expor a necessidade da intersectorialidade entre as políticas da seguridade social brasileira no contexto do transplante, a partir de um relato de experiência das profissionais.	Reflexão sistematizada no ano de 2015. Tornou-se o capítulo 14 do <i>e-book</i> Políticas públicas no Brasil: exploração e diagnóstico 5, publicado em 2018	GURJÃO, F.M. et al., 2018.
13	Saúde da população negra: aspectos interseccionais de raça/cor no serviço de transplante renal	Discorrer sobre a saúde da população negra e as intersecções de raça/cor no serviço de transplante renal.	Trabalho de Conclusão de Residência (ensaio monográfico)	SILVA, B.M., 2019.

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	NATUREZA	AUTOR(AS)/ANOS
14	Uma análise sobre o retorno ao trabalho pós transplante renal	Analisar o retorno ao trabalho dos transplantados renais, trazendo ao centro da discussão o trabalho como determinante de saúde e direito social, bem como o significado da categoria trabalho no contexto social das pessoas submetidas a transplante renal.	Trabalho de Conclusão de Residência (artigo)	SANTOS, J.R., 2019.

APÊNDICE B – Roteiro para análise dos conteúdos sistematizados e documentos

- 01- Sobre qual eixo temático se estrutura a sistematização?
- 02- Quais temas secundários perpassam o eixo temático?
- 03- Quais as categorias e conceitos que são mais evidenciados na reflexão do (a) autor (a)?
- 04- A partir de quais referenciais refletem os eixos temáticos identificados?
- 05- As sistematizações refletem os projetos de saúde em disputa no Brasil?
- 06- Como os projetos de saúde em disputa se expressam na RESMULTI-UFC?
- 07- Quais as evidências na produção do Serviço Social de ações contrapostas ao projeto de saúde hegemônico (privatista, curativista e fragmentado)?
- 08- As sistematizações refletem a contrarreforma do estado no contexto no HUWC e na RESMULTI-UFC
- 09- Através da sistematização é possível identificar o perfil dos sujeitos atendidos nas unidades de transplante do HUWC (usuários e acompanhantes)? Quem é esse público?
- 10- Que expressões da questão social são vivenciadas pelos sujeitos no contexto do transplante e como se apresentam nos atendimentos realizados pelo Serviço Social?
- 11- Existem mecanismos de exercício do controle social a serem protagonizados pelos usuários do transplante? Quais e como estão se efetivando?
- 12- Como as sistematizações refletem a inserção do Serviço Social nas equipes multiprofissionais dos transplantes a partir da RESMULTI-UFC?
- 13- Quais as principais ações dos (as) profissionais assistentes sociais (individual ou em equipe) junto aos usuários?
- 14- Como estão organizadas as atividades referentes à RESMULTI-UFC?
- 15- Como refletem o papel da RESMULTI-UFC para a organização do trabalho profissional nessas unidades, bem como para a sistematização da prática cotidiana?
- 16- Qual o instrumento analisado pelo (a) autor (a) e como refletem o seu conteúdo?
- 17- Qual a finalidade do instrumento analisado? Tem permitido o alcance dos objetivos almejados?
- 18- Nas reflexões em torno da dimensão técnico-operativa pauta-se a relação intrínseca entre as dimensões teórico-metodológica e ético-política?
- 19- Quanto aos documentos analisados, quais as suas naturezas, disposições e finalidades?
- 20- Qual a relação dos documentos analisados com os processos de trabalho nas unidades de transplante de forma geral e para o Serviço Social em particular?
- 21- Qual a relação dos documentos analisados com a RMS?