

Perfil dos egressos de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA

Profile of the graduates in Social Work from Multidisciplinary Residency Program in Oncology at INCA

El perfil de los graduados de Trabajo Social del Programa de Residencia Multidisciplinar en Oncología del INCA

Keiza da Conceição Nunes¹
Ana Claudia Correia Nogueira²
Fernando Lopes Tavares de Lima³

RESUMO: Esse artigo tem o objetivo de identificar e analisar os perfis acadêmico e profissional dos assistentes sociais egressos no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Trata-se de pesquisa de cunho descritivo-exploratório por meio de aplicação de questionário semi-estruturado para os 12 egressos do Serviço Social matriculados entre 2010 e 2013. Foram estabelecidas três categorias analíticas (Perfil acadêmico; Perfil profissional; Contribuição da residência para inserção profissional) discutidas à luz do referencial crítico-dialético. Os resultados demonstram que o perfil dos egressos coaduna as diretrizes da política de formação em saúde. Nessa perspectiva, a residência se apresenta como um importante espaço de transformação e efetivação do SUS.

Palavras chaves: Residência multiprofissional; Serviço Social; Saúde; Formação profissional.

ABSTRACT: This article is intended to identify and analyze the academic and professional

1 Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

2 Assistente Social. Mestre em Política Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Coordenadora de área, Serviço Social, no programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes – INCA. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

3 Cirurgião-dentista. Mestre em Saúde Pública. Tecnologista da Coordenação de Ensino do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

profiles of graduate social workers in the Multidisciplinary Residency Program in Oncology at the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA). This is a descriptive and exploratory research by applying a semi-structured questionnaire for the 12 graduates of Social Work registered between 2010 and 2013. Three analytical categories were established (academic profile, professional profile; contribution of the residence to the professional insertion) discussed at the light of dialectical historical materialism. The results show that the profile of the graduates meets as guidelines of the health education policy. In this perspective, the residence presents itself as an important space for transformation and realization of SUS.

Keywords: Multidisciplinary Residency; Social Work; Health; Vocational Training

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo identificar y analizar los perfiles académicos y profesionales de los graduados de los trabajadores sociales en el Programa de Residencia Multidisciplinar en Oncología del Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria mediante la aplicación de un cuestionario semi-estructurado para los 12 graduados de Servicio Social registrados entre 2010 y 2013 se establecieron tres categorías de análisis (perfil académico, perfil profesional, la contribución residencia para la inserción profesional) examinará a la luz del marco crítico-dialéctico. Los resultados muestran que el perfil de los graduados son coherentes con la política de educación para la salud. En esta perspectiva, la residencia se presenta como un espacio importante para la transformación y la realización del SUS.

Palabras clave: multi-residencia; Servicio social; salud; Formación profesional.

INTRODUÇÃO

O adoecimento por câncer tem sido considerado um problema de saúde pública em função da magnitude epidemiológica, sendo a segunda causa de morte no Brasil, com estimativa de 596 mil casos para os anos de 2016/2017. Estima-se que um terço dos cânceres são evitáveis, o que nos remete a relevância da articulação das políticas públicas de prevenção e controle do câncer no âmbito das redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

A oncologia, como outros campos da saúde, reflete as expressões da questão social^(4a), no qual o adoecimento é resultante direto das precárias condições de vida, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e da fragmentação e desarticulação das políticas sociais no Brasil³.

Para o enfrentamento do câncer como questão de saúde pública, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no país. Dentre seus princípios e diretrizes destaca-se, para o âmbito desse trabalho, a necessidade de formação de profissionais e a promoção de educação permanente, visando à qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde⁴. Nessa perspectiva, a Residência Multiprofissional em Oncologia configura-

⁴ Questão social é definida por Yamamoto (2007, p.27) como conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade².

se como importante mecanismo de qualificação da força de trabalho para o SUS e para a atenção oncológica.

Esse modelo de formação foi instituído pela Lei 11.129/2005 como um programa de cooperação intersetorial entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. As Residências são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, que consideram as necessidades e realidades regionais e locais para organização da rede de serviço de saúde⁵.

No INCA, a Residência Multiprofissional foi instituída em 2010, contemplando profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, e Serviço Social. Em 2011 foi incorporada a Psicologia⁶. Em 2013 iniciou a primeira turma de Residência em Física Médica que, mesmo sendo um programa independente, desenvolve as atividades do eixo transversal junto ao programa multiprofissional⁷.

O perfil de formação almejado é um profissional crítico-reflexivo capaz de atuar de forma integral e interdisciplinar na Atenção Oncológica, integrando a perspectiva de atuação no âmbito da assistência, do ensino, da pesquisa e da gestão, considerando a realidade social apresentada no SUS⁷. Assim, a construção do plano do curso está embasada em princípios que consideram a totalidade do sujeito envolvido no processo de adoecimento por câncer.

Além desse perfil geral, são descritos também no Plano de Curso os perfis específicos para cada núcleo profissional. Para o Serviço Social, parte integrante do programa, espera-se qualificar um profissional comprometido com o SUS, capaz de atuar de forma interdisciplinar no cuidado integral em saúde, endossando a perspectiva do Projeto Ético-Político do Serviço Social^(5b).

Espera-se que os egressos do Serviço Social desenvolvam as competências e atribuições necessárias para contribuir na defesa dos princípios do SUS (público, universal, equânime e de qualidade), viabilizando a participação efetiva da população nas decisões institucionais e de controle social, desenvolvendo práticas educativas na perspectiva do acesso aos direitos sociais⁷. Desafio a ser incorporado não só na formação dos egressos de Serviço Social, mas, sobretudo, pela equipe multiprofissional.

Para tanto, no âmbito do Serviço Social, as atividades práticas são organizadas de modo que no primeiro ano os residentes tenham contato com o processo de trabalho em cada unidade da

5 O Projeto Ético-Político do Serviço Social é o conjunto de valores e diretrizes que estão estabelecidos no arcabouço teórico da profissão (Código de Ética Profissional; Lei de Regulamentação da Profissão Lei 8.662/93; Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação; aparato jurídico político)⁸.

instituição^(6c). No segundo ano, os residentes fixam numa clínica, conforme interesse do residente e demanda do serviço.

Com isso, espera-se que seja proporcionada ao residente uma formação generalista que propicie a compreensão da saúde a partir da necessidade da rede de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde, bem como da articulação da rede sócio-assistencial.

Ao verificar se o programa de residência do INCA está alcançando seus objetivos na formação e qualificação de trabalhadores da saúde, este estudo buscou identificar e analisar os perfis acadêmico e profissional dos assistentes sociais egressos no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. Cabe ressaltar que este trabalho é parte integrante do projeto de pesquisa “Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde: análise da formação dos assistentes sociais residentes do INCA”^(7d).

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida neste trabalho foi de cunho descritivo-exploratório, utilizando-se o referencial teórico crítico-dialético, onde a realidade é considerada em movimento e só pode ser “capturada” através de categorias ontológicas do real, que se transformam em categorias do método: contradição, mediação e totalidade¹⁰.

O universo da pesquisa foi constituído pelos 12 assistentes sociais matriculados no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA no período de 2010 a 2013. Todos, após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam ao questionário no período de 14 de outubro de 2015 a 12 de novembro de 2015. Para garantir o anonimato das informações, os egressos foram identificados na apresentação dos resultados com as letras sequenciais do alfabeto, de “A” a “M”.

O questionário foi composto por 34 questões com o propósito de levantar os perfis sociodemográfico, acadêmico e profissional dos egressos, bem como compreender, na perspectiva dos participantes, quais foram as contribuições que a residência trouxe para o desenvolvimento das habilidades e competências profissionais que reafirmam os princípios do SUS.

Cabe destacar que o instrumento de coleta de dados foi submetido à avaliação prévia por onze profissionais de diferentes categorias. As contribuições foram analisadas pelos autores e, quando consideradas pertinentes, foram incorporadas ao instrumento de pesquisa.

6c O INCA é formado por cinco unidades hospitalares: Hospital do Câncer I, que atende adultos e crianças com diversos tipos de câncer; Hospital do Câncer II, unidade especializada em tratamento de câncer ginecológico e de tecido ósseo conectivo; Hospital do Câncer III, especializado em câncer de mama; Hospital do Câncer IV, que oferece serviços de cuidados paliativos; Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), realiza transplantes de medula óssea⁹.

7d Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer em agosto de 2015 sob número de CAAE 46835015000005247.

A partir da versão final, o questionário foi estruturado através de ferramenta eletrônica *online*^(8e) para posterior acesso dos participantes da pesquisa. As respostas dos questionários foram tabuladas em uma planilha e, posteriormente, submetidas à análise.

Para análise dos dados foram estabelecidas três categorias analíticas: Perfil acadêmico; Perfil profissional; Contribuição da residência para inserção profissional. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva (distribuição de frequências para variáveis categóricas e média para as variáveis contínuas)¹¹. Por sua vez, os dados qualitativos foram analisados conforme técnica de análise de conteúdo¹².

Na discussão final, procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, e promover conexões entre o concreto e o abstrato, a teoria e a prática, totalidade e o particular¹⁰. Nesse movimento dialético, foi possível estabelecer mediações entre os pressupostos aqui explicitados, as categorias de análise selecionadas e os dados coletados sobre a realidade das condições de inserção e de trabalho dos residentes no mercado de trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos egressos do Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA nos permite fazer algumas reflexões e análises a respeito da formação em saúde e dos motivos pela escolha da capacitação em serviço. Por meio da pesquisa de campo, verificamos que, majoritariamente, os egressos são mulheres jovens, solteiras e sem filhos (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos egressos de acordo com: sexo, faixa etária, estado civil e filhos.

Características	Total	Porcentagem
Sexo		
Masculino	1	8%
Feminino	11	92%
Faixa etária		
Até 30	7	58,4%
31-35	3	25%
36-40	1	8,3%
Acima de 40	1	8,3%
Estado civil		
Casado	3	25%
Solteiro	9	75%
Outros*	0	0%
Filhos		
Possui	3	25%
Não possui	9	75%

Fonte: pesquisa de campo.

* União estável, viúvo e divorciado.

^{8e}Ferramenta disponível em: <https://drive.google.com>

Percebemos nos resultados apresentados a tendência histórica da profissão de predominância do sexo feminino. Esse resultado corrobora com a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2005, na qual identificou-se que 97% dos Assistentes Sociais eram do sexo feminino¹³. A predominância do sexo feminino no âmbito do Serviço Social está diretamente relacionada com as características históricas da profissão e, sobretudo, com as protoformas do Serviço Social apresentadas na sociedade brasileira¹⁴.

Em relação ao local de moradia, observa-se que a maioria dos assistentes sociais egressos do programa de residência foi oriunda da região metropolitana da capital fluminense e que, após o término do programa, permaneceram residindo nessa mesma região (Tabela 2).

Tabela 2: Local de moradia dos participantes durante e após a realização do programa.

Cidade de moradia	Total	Porcentagem
Durante o Programa		
Rio de Janeiro/RJ	8	67%
São Gonçalo/RJ	3	25%
Duque de Caxias/RJ	1	8%
Após o programa		
Rio de Janeiro/RJ	4	42%
São Gonçalo/RJ	3	25%
Niterói/RJ	2	17%
Casimiro de Abreu/RJ	1	8%
Duque de Caxias/RJ	1	8%

Fonte: pesquisa de campo.

É importante ressaltar que a instituição oferece alojamento aos discentes procedentes de outros estados e municípios distantes da cidade do Rio de Janeiro. Com isso, espera-se atrair profissionais de outras regiões do país e contribuir com a qualificação da rede de atenção à saúde.

Perfil Acadêmico: Formação dos Egressos

No tocante à formação prévia dos egressos, verificamos que a maioria é oriunda de universidades públicas (83%) concluíram o curso de graduação em 4 anos e meio (43%), se inseriram no programa de residência entre um e três anos após o término do curso de graduação (57%) e não realizaram pós-graduação prévia ao programa de residência (75%) (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização dos egressos de acordo com: ano de término de graduação, universidade de origem, tempo de duração da graduação e realização de pós-graduação prévia ao programa de residência, tempo entre graduação e ingresso na residência.

Características	Total	Porcentagem
Ano de término da graduação		
2007	1	8%
2008	1	8%
2010	8	68%
2011	1	8%
2012	1	8%
Universidade de origem		
Pública	10	83%
Privada	2	17%
Tempo de duração da graduação		
Menos que 4 anos	1	8%
4 anos	4	33%
4 anos e meio	5	43%
5 anos	1	8%
Mais que 5 anos	1	8%
Tempo entre graduação e residência		
Menos de 1 ano		
De 1 a 3 anos	5	43%
4 anos ou mais	7	57%
	0	0%
Pós-graduação prévia		
Realizou	3	25%
Não realizou	9	75%

Fonte: pesquisa de campo.

Ao consultar os dados disponibilizados pelo Ministério da Educação por meio do e-mec (<http://emec.mec.gov.br/>), é possível observar um crescente número de instituições privadas de ensino que oferecem o curso de graduação em Serviço Social. De acordo com esse site, existem, no estado do Rio de Janeiro, trinta e cinco instituições que ofertam o curso, sendo trinta privadas. Esse dado evidencia a Reforma do Ensino Superior iniciada nos anos noventa, com aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996), que materializa o processo da contrarreforma do Estado no campo da educação^{15,16}.

Pontuamos, também, que todos os assistentes sociais ingressaram na residência com três ou menos anos de formado e que 75% não cursaram outro curso de pós-graduação. Isso endossa a perspectiva dos programas de residência na formação dos jovens profissionais, conforme diretrizes expressas na lei 11.129/2005, que institui a residência multiprofissional em saúde⁵.

Quanto à continuidade ao processo de formação realizado após o término do programa de residência, constata-se que metade dos egressos se inseriu em programas de pós-graduação *stricto sensu*, nível de mestrado. Esse dado parece refletir o perfil almejado pelo INCA, como instituição de ciência e tecnologia, que tem como objetivo integrar ações de assistência, ensino e pesquisa¹⁷,

estimulando que o desenvolvimento do trabalho de conclusão de residência possa servir como base para construção do projeto de pesquisa a ser realizado durante o mestrado.

Além disso, constatamos um comprometimento dos egressos com o Projeto Ético-Político da categoria no que se refere à qualificação profissional permanente, conforme preveem o Código de Ética Profissional e a Política de Educação Permanente dos conselhos federal e regionais de Serviço Social. Há uma orientação para uma formação comprometida com a promoção do aprimoramento intelectual, técnico e político como forma de qualificar o exercício profissional do assistente social¹⁸.

Todos os egressos estão trabalhando como assistentes sociais, sendo: 51% na área da saúde, 25% na área da assistência social, 8% na área da educação, 8% na área da empresa e 8% em docência. Esses dados evidenciam a particularidade do fazer profissional do assistente social, profissional generalista, que está inserido na divisão social e técnica do trabalho, tendo as diferentes políticas sociais, sejam na esfera pública ou privada, seu principal campo de atuação. Neste sentido, o assistente social é um profissional com aportes teóricos e metodológicos para estar inserido em diferentes espaços de trabalho².

A respeito da atuação dos assistentes sociais na área da saúde, apenas 17% dos egressos afirmaram não terem tido experiência anterior à residência. As experiências citadas pelos demais participantes foram: estágio durante a graduação (83%), projeto de pesquisa durante a graduação (25%), outra residência em saúde (17%) e experiência profissional (8%).

Ademais, reconhecendo a importância da área da saúde como campo sócio-ocupacional do assistente social, 75% dos participantes afirmaram atuar ou terem atuado nessa área após o término da residência, além de pretenderem continuar sua trajetória profissional na área da saúde.

Esses dados mostram que a experiência de inserção dos assistentes sociais na residência permitiu aos profissionais uma consolidação da identificação com a área da saúde, visto que esse campo possibilita a articulação com diferentes políticas sociais, sobretudo considerando a concepção ampliada de saúde. Dessa forma, a residência apresenta-se como reflexo da legitimação da profissão no SUS, abrindo caminhos para novas possibilidades de interlocuções no trabalho em saúde.

Três egressos relataram como motivo da não inserção na área da saúde a oportunidade de atuação em outro espaço sócio-ocupacional. Isso nos remete à atual conjuntura econômica onde se observa a precarização, flexibilização e fragmentação das formas de trabalho¹⁹. Esse cenário atinge acirradamente a classe trabalhadora e os assistentes sociais como parte desta classe. Assim, mesmo tendo interesse em determinada área de atuação como a saúde, a escolha profissional ocorreu de acordo com as oportunidades de emprego nas diversas áreas de inserção do Serviço Social.

Dos egressos que se inseriram na saúde, 44% atuaram ou atuam no campo da oncologia. Através desse quantitativo, verificamos que o objetivo do programa, qualificar profissionais para atuarem

em oncologia, não tem sido alcançado em plenitude. Os egressos que não se inseriram no campo da oncologia relatam como motivo da não inserção profissional no campo oncológico, a ausência de oportunidades e concursos para atuarem nesse campo, devido à reduzida rede de atenção oncológica, conforme verifica-se nos relatos:

Não tive oportunidade ainda, apesar de ter me interessado pela área de oncologia. (Egresso I)

Porque no concurso que fui aprovada a minha formação prévia e expertise construída não foi valorizada, nem considerada na lotação de minha vaga na Instituição. (Egresso G)

Esses relatos demonstram dificuldade de inserção no campo oncológico. Isso reflete, também, uma desarticulação entre a política de formação e a política de inserção e fixação da força de trabalho no SUS. Apesar da formação através da residência ser orientada para qualificar profissionais para o SUS, não existe nenhuma legislação específica que garanta ou viabilize a inserção desse profissional no serviço público.

Quanto aos vínculos de trabalhos, a maioria dos egressos possui vínculos de regime estatutário e estão inseridos em instituição pública estadual, sendo que a maioria realiza carga horária de trabalho semanal de 30 horas ou mais (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização dos vínculos de trabalho.

Características	Total	Porcentagem
Regime		
Estatutário	5	42%
Temporário	2	17%
Celetista com vínculo público	1	8%
Celetista com vínculo privado	4	33%
Tipo de instituição		
Privada	3	25%
Pública Estadual	5	41%
Pública Municipal	2	17%
Pública Federal	2	17%
Carga horária semanal		
16 horas	1	8%
20 horas	1	8%
24 horas	1	8%
30 horas	6	50%
40 horas	2	18%
Acima de 40 horas	1	8%

Fonte: pesquisa de campo.

No tocante à relação de trabalho, os dados revelam que, embora o vínculo estatutário seja predominante na análise individual, as somas dos percentuais dos outros vínculos de trabalho totalizam 58%. Esses dados evidenciam que as relações contratuais denotam uma diversidade

de condições de trabalho desses profissionais, tais como a fragmentação e a terceirização das relações de trabalho. Observamos ainda que, apesar de alguns assistentes sociais estarem inseridos em instituições públicas, as relações contratuais estabelecidas são regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A condição de subcontratação pode comprometer ou limitar a autonomia profissional, sobretudo no que se refere à garantia das condições técnicas e éticas de trabalho, que estão estabelecidas nas regulamentações da profissão²⁰.

Para Boschetti²⁰, somente as lutas coletivas em defesa da classe trabalhadora podem provocar mudanças nas condições de vida e de trabalho. Para a autora, “a defesa de condições éticas e técnicas de trabalho para os (as) assistentes sociais se soma às lutas sociais e ao fortalecimento dos movimentos sociais da classe trabalhadora”, pois “os desafios postos ao trabalho profissional não são exclusivos da nossa profissão”²⁰.

Em relação à carga horária de trabalho, apesar da Lei 12.317/2010 estabelecer a carga horária máxima de 30 horas semanais para os assistentes sociais, nem todos os profissionais (26%) têm a garantia da efetivação dessa Lei. Considerando-se que a luta por melhores condições de trabalho e vida é histórica para a classe trabalhadora, sobretudo a redução da carga de trabalho sem redução salarial²⁰, a efetivação dessa lei ainda é um imperativo para os dias atuais.

A Residência Multiprofissional como espaço de formação para os assistentes sociais no âmbito do SUS

A formação dos assistentes sociais é um dos eixos fundamentais do Projeto Ético-Político profissional que vem sendo construído e consolidado desde a década de 1980, tendo como norte a formação de um perfil profissional dotado de uma competência teórico-crítica².

Quando questionados se o processo de qualificação profissional realizado durante a residência ofereceu aportes para atividade que exerce atualmente, 83% dos egressos relatam que sim. Os 17% que consideraram que ofereceu “em parte”, atuam em espaços sócio-ocupacionais diferentes da oncologia. No relato, a seguir, evidencia-se a contribuição da formação no desenvolvimento e aprimoramento da dimensão técnico-operativa da profissão.

Na residência, foi possível atrelar diretamente a teoria e a prática, o que é muito interessante para o profissional que está iniciando. Nesse sentido, aprende-se a realizar entrevistas sociais, sobre a postura de atendimento, desenvolvimento de projetos informativos (como era o caso da sala de espera) ou de apoio aos familiares. Além disso, a apreensão sobre direitos previdenciários, benefícios assistenciais, entre outros foi de grande relevância para conhecimento da rede. Outra questão que é necessário mencionar é o aprendizado do trabalho em equipe e do trabalho multiprofissional (entre equipes), que nos leva a procurar outros profissionais para o atendimento integral de uma pessoa. (Egresso H)

Podemos inferir, através desse relato, que o modelo de ensino-aprendizagem oferecido na residência proporcionou o conhecimento e problematização das práticas do assistente social na saúde. Conforme afirmaram Silva et al.⁶, o processo formativo deve priorizar o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, assumindo o compromisso de garantir uma formação crítica, reflexiva e contextualizada, “do contrário, estará fadada a capacitar profissionais que, aparentemente sabem fazer, mas que não conseguem explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade”⁶.

Deste modo, a inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde pode se configurar como espaço de formação crítica e comprometida, “demarcando a importância de profissionais sintonizados com as demandas emergentes para o SUS”²¹. A residência apresenta-se como locus privilegiado, possibilitando ao assistente social trabalhar nos quatro eixos centrais dos parâmetros de atuação do assistente social na saúde: ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional²².

Além disso, cabe destacarmos que o modelo de ensino preconizado nos programas de residência possibilita a reflexão crítica do processo de trabalho realizado no SUS. Os profissionais que tiveram o processo de formação inseridos na rede de atenção à saúde adquirem, frequentemente, uma postura compromissada diante das necessidades do SUS, ampliando as possibilidades de atender adequadamente às demandas da população usuária dos serviços²³.

Nesse sentido, verificamos que os egressos do Serviço Social do Instituto se sentem qualificados para realizarem uma intervenção profissional mais próxima às necessidades dos usuários, ao considerarem a realidade social em uma perspectiva crítica e, a partir dela, tecer reflexões, questionamentos e encaminhamentos que proponham mudanças na dinâmica de trabalho.

A percepção que a residência contribuiu efetivamente com a qualificação profissional também é identificada pelos egressos que não estão atuando diretamente na área da saúde, conforme relato:

Estou atuando com público alvo diferenciado do INCA, pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social (...). O processo de acolhimento pode ser considerado próximo, no sentido de comparação com pacientes que estejam relutantes a aderir ao tratamento ou em processo de negação (...). Também posso associar a dificuldade de reintegração familiar. Lembro-me de dois ou três casos no INCA com essa particularidade; (...) havia um paciente em situação de rua, com curativo extenso, sem local para fazê-lo de forma apropriada, higienização, alimentação e administração medicamentosa de forma correta. (...) não havia equipamentos da rede disposto a recebê-lo, devido à complexidade da doença ou alegavam não haver vagas. Ele tinha alta programada e retornava para rua. Isso acabou se tornando um ciclo (alta/ rua/agravamento da sua condição devido à falta de higiene e outros fatores/ internação) (Egresso I).

Esta fala endossa a característica da formação generalista do assistente social que busca formar um perfil profissional com competências para intervir nas diversas políticas sociais.

Embora isso, de uma certa forma, se contraponha com o proposto na missão institucional, o que nos move (e mobilizou muita gente ao longo de todos esses anos na instituição) é uma aposta na construção de uma experiência que possa contribuir como referência/parâmetro para a intervenção desse profissional em qualquer espaço sócio-ocupacional que venha a ocupar ao longo de sua trajetória. Neste sentido, nos vinculamos a um compromisso ético com um projeto maior de qualificação profissional que ultrapassa os limites institucionais e da própria política de saúde e que tem a potencialidade de se espalhar por todas as demais políticas que conversam com o SUS.²⁴

Observamos que, apesar de o egresso estar inserido em área diferente da saúde, a residência em oncologia aprimorou as competências e atribuições profissionais para o enfrentamento das expressões das questões sociais e da fragmentação da atenção em saúde, efetivando práticas interdisciplinares e ações intersetoriais. Assim, esse relato evidencia a potencialidade da residência como formação diferenciada, espaço privilegiado de qualificação, fomentação de projetos contra-hegemônicos e reflexão crítica da realidade²¹.

Questionados sobre quais foram as contribuições que a residência trouxe para o desenvolvimento das habilidades e competências profissionais que reafirmam os princípios do SUS, obtivemos os seguintes relatos:

A residência no INCA me possibilitou aprender todos os princípios do SUS e ao mesmo tempo enfrentar as limitações do projeto no que se refere ao seu financiamento e administração. Os profissionais de Serviço Social do INCA sempre demonstraram um viés Político orientado pela Reforma Sanitária, buscando em sua prática reivindicar esses princípios (Egresso B)

Entendimento da saúde enquanto política pública universal e os entraves encontrados diante do projeto neoliberal. O profissional precisa estar comprometido com os aportes teóricos e éticos para efetivação de tal política pública (Egresso D)

[...] a principal foi compreender os projetos de saúde que estão em disputa e compreender qual é o meu papel ao ocupar o cargo de assistente social em uma Unidade de saúde privada. (Egresso J)

Constatamos que a experiência da residência tem possibilitado a compreensão da prática profissional no âmbito do SUS, assim como a reflexão sobre a existência de projetos em disputa na área da saúde, como: o Projeto de Reforma Sanitária, que reafirma os princípios do SUS - saúde direito de todos e dever do Estado; e o Projeto Privatista, baseado na política neoliberal de ajustes fiscais e consequente redução de investimentos no SUS. Ademais, evidencia-se o Projeto de Reforma Sanitária flexibilizada, com a proposta dos novos modelos de gestão para saúde, o discurso no SUS possível^{25,26}.

De acordo com Bravo e Mattos²⁵, o Projeto Privatista vem requisitando um determinado perfil profissional que responda as demandas de atividades de seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Por outro lado, o projeto de Reforma Sanitária demanda um profissional crítico que tem seu fazer profissional comprometido com a democratização da saúde, socialização das informações, atividades coletivas, dentre outras atividades que reafirmam a saúde como direito universal e dever do Estado.

Outra contribuição atribuída ao processo de formação no âmbito da residência foi a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, considerada primordial para a oferta de ações em saúde que visem à integralidade e à intersetorialidade das políticas sociais. A fala seguinte expressa essa compreensão:

Um dos pontos mais relevantes foi aprender a importância de um atendimento integral, em que o sujeito é considerado em todas as suas necessidades, em que a saúde tem um conceito amplo que não despreza os determinantes sociais. (Egresso H)

Deste modo, verificamos que o egresso reconhece a importância dos determinantes sociais na saúde para um atendimento integral e compreende o conjunto de elementos que ocasionam o adoecimento e a importância do comprometimento com a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Cabe destacar que o adoecimento por câncer pode estar relacionado a fatores de risco decorrentes das condições de vida e trabalho. Isso traz à tona a reprodução das relações na sociedade que estão diretamente embutidas com as expressões da “questão social”, tais como: a pobreza, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade dos serviços prestados, dentre outros fatores^{27,28}

Uma terceira contribuição que a residência trouxe para o desenvolvimento das habilidades e competências profissionais foi relatada pelos participantes da pesquisa como a identificação da residência como um importante espaço de construção e desenvolvimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

[...] considero a maior contribuição para a minha formação a experiência de trabalho multidisciplinar desenvolvido nas atividades teórico-práticas com as demais categorias profissionais envolvidas no curso. (Egresso E)

A questão do diálogo com outras categorias profissionais indica a reafirmação do princípio da integralidade e a questão da intersetorialidade. (Egresso G)

Essas falas se aproximam da perspectiva almejada no perfil de egresso descrito no Plano de Curso do programa de residência no INCA: “Profissional reconhecidamente defensor do acesso ao SUS, identificado com a prática interdisciplinar no cuidado integral em saúde”²⁷.

O perfil de egresso descrito condiz com as diretrizes da Portaria 1.077/2009, que dispõe sobre os programas de residência multiprofissional. Segundo essa Portaria, os programas devem ter como um de seus eixos norteadores a integralidade da ação e o trabalho interdisciplinar. A integralidade em saúde é um dos desafios de materialização do SUS, sendo a premissa que pode reorientar o modelo assistencial. A interdisciplinaridade busca contemplar a troca de saberes entre os profissionais que atuam no campo da saúde, objetivando uma melhor assistência ao usuário, ao considerar as particularidades e singularidades de cada sujeito²⁹.

Entre as estratégias utilizadas para contemplar essas diretrizes, destaca-se a importância do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar que parte da concepção de que cada categoria profissional se insere a um processo de trabalho coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes visa ampliar a resolutividade das ações²¹.

Dessa forma, a residência multiprofissional em saúde busca romper com a lógica da divisão sócio-técnica do trabalho, fomentando a complementaridade entre práticas e saberes distintos. Assim, a formação a partir da residência tem a perspectiva de mudança do modelo assistencial tradicional, pois, estando inserida na rede de serviços, essa formação proporciona a análise crítica dos processos de trabalho em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento deste trabalho tivemos a oportunidade de nos aproximarmos de algumas particularidades que compõem a formação profissional através de uma residência multiprofissional em saúde, além do conhecimento sucinto sobre o perfil profissional e acadêmico dos assistentes sociais egressos do INCA.

Verifica-se que o perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais que ingressam na residência nos anos entre 2010 e 2013 coaduna com a característica histórica da profissão, bem como com as diretrizes da política de residência em saúde. Além disso, observamos que metade se inseriu em programas de pós-graduação *stricto sensu*, o que reforça o perfil da instituição (ciência e tecnologia) e demonstra um comprometimento dos profissionais com a educação permanente e com um exercício profissional mais qualificado.

A pesquisa apontou que, mesmo com uma formação qualificada - crítica e reflexiva, os egressos encontram dificuldade de inserção profissional nos serviços especializados do SUS. De modo geral, esses assistentes sociais são absorvidos em outros espaços sócio-ocupacionais ou seguem a carreira acadêmica, dando continuidade aos estudos no mestrado. Outro ponto importante que apareceu na pesquisa, foi a situação da carga horária de trabalho semanal acima do previsto. Apesar da legislação da categoria profissional prever 30 horas de trabalho semanal, sem redução salarial, identificou-se que esse direito não tem sido efetivado.

Além disso, é pertinente enfatizar que todos os participantes relataram que a experiência

adquirida durante a residência contribuiu de alguma forma para a atividade que estão exercendo no momento, mesmo para os que não estão inseridos na área da saúde. Isso justifica-se, provavelmente, pelo conhecimento adquirido durante a residência que possibilitou a identificação das expressões da questão social implícitas no processo de adoecimento por câncer. Para tanto, a compreensão do conceito ampliado de saúde fortalece as práticas interdisciplinares e intersetoriais.

Nessa perspectiva, foi verificado que as falas demonstram uma aproximação com os princípios do Projeto Ético-Político da profissão e o reconhecimento dos projetos que estão em disputa na área da saúde. Por esse ângulo, a residência configura-se um importante espaço de transformação e efetivação do SUS.

Pensar a formação em saúde através da residência, campo estratégico e prático, possibilita ampliarmos a discussão acerca dos princípios éticos e políticos que norteiam e embasam a profissão na atualidade. Esse reconhecimento possibilita a profissão avançar na superação dos limites e desafios impostos pela realidade cotidiana.

Em síntese, este estudo não pretende dar respostas diretivas, mas fomentar o debate acerca das potencialidades e desafios da formação em saúde para os assistentes sociais através da residência, contribuindo com a produção do conhecimento na área das ciências sociais aplicadas no campo da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. [Internet], 2015 [acesso em: 7 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>.
2. Yamamoto M V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e Formação profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2007.
3. Nogueira ACC, Silva LB. As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008; Caxambú/MG: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); 2008.
4. Brasil. Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2013; 17 mai.
5. Brasil. Lei nº 11129, 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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 30 jun.

6. Silva LB, Monteiro MVC, Santos MCB, Melo FR, Estalino ES. O Serviço Social na Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer. *Serv. Soc. & Saúde*. 2012; 11: 51-66.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Plano de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
8. Netto JP. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Mota AES, Bravo MIS, Uchóa R, Nogueira V, Marsiglia RMV, Gomes L, Teixeira M. (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; 2007. p. 141-60.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Carta de Serviços ao Cidadão. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
10. Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
11. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2011.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
13. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). *Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional*. Brasília: CFESS; 2005.
14. Iamamoto MV, Carvalho R. *Relações sociais e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; 2001.
15. Cislaghi JF. A formação profissional dos assistentes sociais em tempos de contrarreformas do ensino superior: o impacto das mais recentes propostas do governo Lula. *Serv. Soc. Soc.* 2011; 106: 241- 66.
16. Vasconcelos A M, Baltar JF, Malafaia BCPB, Rodrigues NCF, Albuquerque TS, Neri VM. Serviço Social, Formação Graduada e Projeto Profissional. In: Veloso RS, Carvalho PRM, Almeida NLT, Simões AI (Org.). *Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história*. 1ª ed. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2014, p. 77-90.
17. Avellar WO. O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: limites e possibilidades frente às políticas de inovação em saúde. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
18. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). *Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS*. Brasília: CFESS; 2012.
19. Antunes R. As formas contemporâneas de trabalho e a desconstrução dos direitos

sociais. In: Silva MO, Yazbek MC (Orgs.). Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo. São Paulo: Cortez; 2006.

20. Boschetti I. Condições de trabalho e a luta dos(as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas. *Serv. Soc. Soc.* 2011; 107: 557-84.

21. Closs TT. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissional em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: Bellii MIB, Closs TT (org). Serviço Social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2012.

22. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS; 2010.

23. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública* 2007; 31 Suppl 1: 20-31.

24. Monteiro MVC. Serviço Social e Residência Multiprofissional: o(s) desafio(s) da preceptoria. In: A Saúde e a Conjuntura Contemporânea: desafios para o Serviço Social; 2015; Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); 2015.

25. Bravo MIS, Matos MC. Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: Mota AES, Bravo MIS, Uchóa R, Nogueira V, Marsiglia RMV, Gomes L, Teixeira M. (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; 2007. p.197-217.

26. Menezes JS, Bravo MIS, Rodrigues JP, Silva DB. O controle social na saúde no município do Rio de Janeiro: a resistência às organizações sociais (OS). In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JS, Lima JB, Souza ROS. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ; 2015. p.78-89.

27. Carvalho CSU. Pobreza e câncer de colo de útero: estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo de útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004.

28. Skaba MMVF. Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico: aspectos sócio-antropológicos do câncer de mama feminino.[Tese]. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

29. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área

profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residenciais e em Área profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União 2009; 13 nov.

Artigo apresentado em 27/02/2017

Artigo aprovado em 10/03/2017

Artigo publicado no sistema em 28/06/2017