SERVIÇO SOCIAL E ALTA COMPLEXIDADE: PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM UMA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

SOCIAL WORK AND HIGH COMPLEXITY: PRODUCTION OF KNOWLEDGE IN A MULTIPROFESSIONAL INTEGRAD RESIDENCE IN HEALTH

Recebido em 10/08/2018
Aceito em 15/01/2019

Scheila Rodrigues Silveira[1]
Marisa Camargo[2]

Resumo – Este artigo visa analisar a produção de conhecimento em Serviço Social em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase na alta complexidade. Recorreu-se a pesquisa bibliográfica, do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, fundamentada no método dialético crítico e suas categorias. As fontes secundárias representadas pelos trabalhos de conclusão defendidos no período de 2011 a 2017, foram submetidas à análise de conteúdo com recorte temático. Como resultados identificaram-se dez artigos, dos quais oito versaram sobre o núcleo temático do exercício profissional e dois sobre o núcleo temático da formação profissional do (a) assistente social. Conclui-se que os elementos considerados transversais na formação profissional que possui como característica a díade ensino em serviço, bem como a ação profissional no âmbito da alta complexidade da política pública de saúde, assumem centralidade na produção teórica do Serviço Social, o que converge com o projeto político pedagógico da Residência.

Palavras-chave: Serviço Social. Alta Complexidade em Saúde. Residência Multiprofissional. Exercício Profissional. Formação Profissional. Produção de Conhecimento.

ABSTRACT – This article aims to analyze the production of knowledge in Social Work in an Integrated Multiprofessional Health Residency Program with emphasis on high complexity. We resorted to bibliographic research, of the exploratory type, with a qualitative approach, based on the critical dialectical method and its categories. The secondary sources represented by the conclusion papers defended in the period from 2011 to 2017 were submitted to content analysis with thematic clipping. Ten articles were identified, of which eight focused on the thematic core of professional practice and two on the thematic core of vocational training of the social worker. It is concluded that the elements considered transversal in the professional formation that has as characteristic the teaching-in-service dyad, as well as the professional action in the scope of the high complexity of public health policy, assume centrality in the theoretical

[1] Assistente Social. Especialista com titulação em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde/Ênfase em Alta Complexidade (RIMS/HU/UFSC). Assistente Social da Associação dos Pacientes Renais de Santa Catarina (APAR), Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: scheilardgs@gmail.com
[2] Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social (DSS) do Centro Socioeconômico (CSE/UFSC). Tutora de Serviço Social da Alta Complexidade em Saúde (HU/UFSC). E-mail: marisa.camargo@ufsc.br.

production of Social Work, which converges with the pedagogical political project of the Residence.

Keywords: Social Work. High Complexity in Health. Multiprofessional Residence. Professional Exercise. Professional qualification. Knowledge Production.

A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

No Brasil, os serviços públicos de saúde assumem papel significativo para a formação de profissionais na lógica da integração ensino-serviço. Por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), essa lógica apresenta significativa relevância, pois integra práticas de ensino, pesquisa e assistência em saúde que podem contribuir para a efetivação de um modelo assistencial com base nos princípios e diretrizes expostos no conjunto das legislações que organizam o sistema (MIOTO et al, 2012). Nessa perspectiva, destacam-se os programas de residência multiprofissional, abrangendo instituições e serviços como aparato de constituição de práticas baseadas na interdisciplinaridade e integralidade, as quais possibilitam a qualificação de profissionais de diferentes áreas para atuarem na política de saúde.

A residência multiprofissional em saúde constitui-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, desenvolvida no âmbito do SUS, sob supervisão técnico-profissional, e apresenta-se como potente estratégia de formação de recursos humanos qualificados com base em uma proposta de caráter educativo e político de ensino em serviço, com vistas à atenção integral, de caráter interdisciplinar e que pressupõe articulação intersetorial (CAMARGO, 2014). A regulamentação nacional da residência multiprofissional em saúde ocorre no contexto nacional com a promulgação da Lei nº. 11.129/2005, na qual é criada a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), tendo como responsável por sua ordenação e funcionamento atos conjuntos dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Por meio da Portaria Interministerial nº. 1.077/2009 definiu-se como eixos norteadores do processo de ensino-aprendizagem o cenário de educação em serviço, a concepção ampliada de saúde, a abordagem pedagógica construtivista, a integração ensino-serviço-comunidade, a política de educação permanente, a integração com as outras residências, a descentralização, a regionalização e o estabelecimento de um sistema de avaliação formativa. A educação permanente em saúde promove processos formativos construídos a partir da problematização dos processos de trabalho, cujo objetivo é sua transformação, bem como das práticas profissionais, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a

gestão setorial e o controle social em saúde (BRASIL, 2003). Segundo Ceccim (2005, p. 162) a educação permanente em saúde pode equivaler à educação em serviço, quando esta "[...] coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar".

A residência multiprofissional em saúde centra-se na abordagem pedagógica e os envolvidos são sujeitos do processo de ensino-serviço. Desta forma, impulsiona também o desenvolvimento de ações voltadas à qualificação do cuidado frente aos processos saúde-doença em suas dimensões individual e coletiva.[3]

Em março de 2010, inicia-se a primeira turma do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS/HU/UFSC), com doze residentes, sendo uma Assistente Social, e, em março de 2012, conclui-se a formação de dez especialistas (UFSC, 2013). Atualmente, dispõe de 36 vagas anuais, distribuídas em três ênfases, e nas seguintes áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia. O Serviço Social conta com doze residentes, sendo dois na ênfase Urgência e Emergência, sete na Alta Complexidade em Saúde, e três na Saúde da Mulher e da Criança.

De acordo com o projeto pedagógico busca articular o mundo do trabalho e da educação, para consolidar um espaço de saberes e práticas, tendo o cenário hospitalar como lócus de ensino e produção de conhecimento. No âmbito da Residência, o Serviço Social desenvolve seu trabalho orientado no projeto ético-político profissional, sob o prisma da promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários, considerando o processo saúde-doença que envolve a complexidade das situações. Cabe ressaltar que, dentre as categorias profissionais de saúde de nível superior (BRASIL, 1998) que compõem a Residência, há uma inserção consolidada do Serviço Social, que representa a terceira maior categoria em número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006).

Sua inserção no campo da saúde possui especificidades, pois trata-se de um espaço sócio-ocupacional que tem centralidade na produção de ações voltadas ao cuidado. Por intermédio do processo de formação profissional na Residência, possibilita-se a qualificação do trabalho do (a) assistente social tanto para a atuação no SUS, quanto para as demais políticas sociais. Além disso, oferece aportes para a apropriação de suas atribuições e competências

[3] Em 2009, o Ministério da Educação (MEC) apresentou a proposta de expansão da residência em hospitais universitários aos dirigentes do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), indicando uma comissão de elaboração de um projeto em reunião do Conselho Departamental. Em setembro do mesmo ano, a comissão apresenta a versão final de um projeto contemplando algumas categorias profissionais de saúde de nível superior.

profissionais no desenvolvimento de ações enfoque na interdisciplinaridade. Desta forma, a Residência:

> [...] Se fundamenta no processo de ensino-aprendizagem baseado no movimento dialético entre as ações cotidianas no espaço da prática profissional articulado com a teorização e a reflexão crítica; sempre considerando as necessidades de aprendizagem de cada residente, na busca de informações, identificação de evidências a serem investigadas, para cuidado e aplicação do conhecimento (NEVES et al., 2017, p. 227).

Nesse contexto, o (a) assistente social concebe o sujeito para o qual destina suas ações numa perspectiva de totalidade, visando à integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Sobremaneira, a inserção profissional nos programas de residência pode trazer importantes contribuições tanto para ampliar o enfoque essencialmente assistencial e curativo historicamente atrelado à saúde, quanto para articular o exercício profissional ao ensino, à pesquisa e à extensão numa perspectiva de construção coletiva, com vistas à democratização e universalização do acesso da população usuária.

Diante do exposto, neste artigo apresentam-se os resultados da pesquisa empreendida no Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) que teve como objetivo geral analisar a produção de conhecimento em Serviço Social na RIMS/HU/UFSC na ênfase na Alta Complexidade em Saúde. Para complementá-lo, elencou-se como objetivos específicos: evidenciar a natureza da produção de conhecimento em Serviço Social, identificar os temas privilegiados na produção de conhecimento em Serviço Social e explicitar as contribuições da integração ensino-serviço na formação e no exercício profissional na alta complexidade em saúde. O interesse pela temática mescla-se ao percurso profissional como assistente social e Residente de Serviço Social da Alta Complexidade em Saúde junto ao HU/UFSC, lócus que proporcionou múltiplas e intensas vivências profissionais no decorrer dos últimos dois anos[4]. Esta experiência despertou a busca pelo acesso à produção de conhecimento inspirada nesse espaço e as problematizações que emergem do processo formativo em serviço, aliadas à

[4] No primeiro ano de Residência, realizam-se as atividades de ensino em serviço, por intermédio do rodízio de aproximadamente 45 dias nas unidades de internação que compõem a Alta Complexidade em Saúde, as quais compreendem as Clínicas Médicas I e II, Clínicas Cirúrgicas I e II e a Unidade de Terapia Intensiva, bem como os ambulatórios, que são: Ambulatório de Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Vascular, Transplante Hepático, Implante Coclear, Quimioterapia e Unidade de Tratamento Dialítico. As atividades teóricas, são realizadas multiprofissionalmente, sob a responsabilidade de professores vinculados à UFSC, advindos das respectivas áreas específicas. São desenvolvidos módulos de conteúdos que perpassam as particularidades de cada profissão. As atividades teórico-práticas desenvolvem-se a partir de estudos de caso, momentos integrados, estágios externos e tema transversal (UFSC, 2013). No final do primeiro ano de Residência, os (as) residentes escolhem dentre as unidades que compõem a respectiva ênfase a (s) que irá (ão) atuar pelo período de aproximadamente doze meses, processo denominado de "imersão".

possibilidade de dar visibilidade ao conhecimento produzido pela profissão no nível terciário de atenção à saúde.

Para tanto, este artigo encontra-se organizado em: descrição dos procedimentos metodológicos empreendidos na pesquisa, os principais resultados encontrados a partir da análise de conteúdo temática realizada na produção de conhecimento em Serviço Social da RIMS/HU/UFSC, com ênfase na Alta Complexidade em Saúde, evidenciando-se sua natureza e identificando-se os temas nela privilegiados, e as considerações finais destacando-se as contribuições da integração ensino-serviço na formação e no exercício profissional em Serviço Social.

A NATUREZA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM SERVIÇO SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A pesquisa realizada é de natureza bibliográfica, do tipo exploratório e abordagem qualitativa, fundamentada no método dialético crítico e suas categorias. A pesquisa bibliográfica tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com as produções existentes acerca de um determinado objeto de estudo e sua principal vantagem reside no fato de "[...] permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente" (GIL, 2008, p. 50). Dentre os tipos de fontes bibliográficas, a produção teórica se refere ao conjunto representado por livros, monografias, pesquisas, publicações avulsas, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2002). Desta forma, a presente pesquisa baseou-se na utilização de fontes secundárias que consistem na produção de conhecimento em Serviço Social da RIMS/HU/UFSC, com ênfase na Alta Complexidade em Saúde, referente ao período de 2011 a 2017[5].

O estudo exploratório permite uma aproximação de tendências que estão ocorrendo na realidade, para as quais não se tem ainda conhecimento sistematizado, nem bibliografia consolidada (MARSIGLIA, 2009). A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2002, p. 21) é entendida como aquela capaz de "[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas". Para conhecer determinado fenômeno ou objeto, o pesquisador precisa estudá-lo em todos os seus aspectos, conexões e relações, sem tratar o conhecimento como algo rígido. O método dialético

[5] O ano inicial demarca a gênese da profissão no programa de residência estudado e, o ano final, diz respeito ao ano de conclusão da pesquisa e mais recente historicamente.

crítico contempla as categorias historicidade, contradição e totalidade, bem como "[...] o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas, o movimento contraditório de constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da totalidade e a articulação entre dados quantitativos e qualitativos, forma e conteúdo, razão e sensibilidade" (PRATES, 2004, p. 01).

Primeiramente, para localizar o material empírico da pesquisa, no mês de agosto do ano de 2017 acessou-se o *site* do Programa de Residência do HU/UFSC. Na sequência, selecionou-se a aba que direciona ao *site* do Serviço Social, no qual verificou-se que os trabalhos de conclusão produzidos no período selecionado não se encontravam disponíveis *online*[6]. Diante disso, efetuou-se contato com a Coordenação da Residência para solicitar acesso aos trabalhos, os quais foram socializados via *e-mail*.

Para a interpretação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo com base em Bardin (2009), a qual se estrutura em três pólos cronológicos: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa "[...] obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens" (BARDIN, 2009, p. 42). Dentre os cortes possíveis, optou-se pela análise de conteúdo temática. Severino (2007) explica que a realização da análise temática contempla três procedimentos metodológicos: a definição do tema ou assunto sobre o qual a unidade ou o texto analisado trata; a problematização do tema; e a identificação da ideia central, proposição fundamental ou tese principal defendida pelo autor, os quais permitem alcançar a mensagem global veiculada na unidade ou texto.

O primeiro polo cronológico da análise de conteúdo, a pré-análise, diz respeito à organização dos dados coletados. Para organizá-los, na leitura flutuante, construíram-se as primeiras impressões a partir da leitura dos trabalhos condizentes à produção de conhecimento em Serviço Social na RIMS/HU/UFSC. A escolha dos documentos ocorreu depois de concluída a leitura flutuante da totalidade dos 19 trabalhos referentes às três ênfases que contam com a inserção do Serviço Social: Urgência e Emergência, Alta Complexidade em Saúde e Saúde da Mulher e da Criança, no período de 2011 a 2017. A partir dos critérios estabelecidos na

[6] Após essa busca a demanda foi problematizada junto à preceptoria, que realizou contato com os (as) assistentes sociais egressos da RIMS/HU/UFSC, consultando-os (as) sobre o interesse e ratificando a importância de submeterem os trabalhos para serem disponibilizados *online* no *site* institucional.

pesquisa, separaram-se os trabalhos condizentes à alta complexidade, constituindo-se um *corpus* de análise composto por dez trabalhos.

Na sequência, para organizar o *corpus* de análise, construiu-se um mapa qualitativo agrupando os dez trabalhos selecionados, retomando-se os objetivos geral e específicos da pesquisa, tendo em vista visualizá-los na sua totalidade. Na preparação do material, as informações constantes na produção de conhecimento em Serviço Social na RIMS/HU/UFSC, com ênfase na Alta Complexidade em Saúde foram ordenadas sequencialmente no mapa qualitativo, destacando-se as seguintes informações dispostas lateralmente: índice do trabalho, ano de conclusão, título do trabalho, procedimentos metodológicos, breve resumo, núcleos temáticos e temas.

Com relação à natureza da produção de conhecimento em Serviço Social, as informações apresentaram-se conforme disposto no Quadro I.

Quadro I – Natureza da produção de conhecimento em Serviço Social na RIMS/HU/UFSC com ênfase na Alta Complexidade em Saúde

Índice	Ano	Título do trabalho	Procedimentos metodológicos
1	2013	O processo de formação profissional do assistente social em residência integrada multiprofissional em saúde: uma reflexão a partir da área hospitalar (GIORDANI, 2013 - Monografia).	Pesquisa empírica, grupo focal e entrevista semiestruturada.
2	2015	Repercussões da atenção em saúde para a família: um estudo com pacientes crônicos em pós-operatório de amputação de membros inferiores (GRAH, 2015 - Monografia).	Pesquisa empírica, estudo de caso, entrevista semiestruturada.
3	2015	Os sentidos da morte no cotidiano de trabalho da onco-hematologia do HU/UFSC (COSTA, 2015 - Artigo).	Pesquisa empírica, entrevista semiestruturada.
4	2015	O processo de referência e contra-referência na cirurgia bariátrica (SANT'HELENA, 2014 - Monografia).	Pesquisa empírica, revisão bibliográfica, estudo de caso, entrevista semiestruturada.
5	2016	Os custos do cuidado em saúde: as repercussões do tratamento hemodialítico para os pacientes renais crônicos e suas famílias (SILVA, 2016 - Monografia).	Pesquisa empírica, entrevista semiestruturada.
6	2016	Estado, mercado, família e sociedade na provisão do cuidado: quem é onerado nesta partilha? (ARAÚJO, 2016 - Artigo).	Pesquisa empírica, entrevista semiestruturada.

7	2016	Quanto pesa a mulher com obesidade? (GELSLEICHTER, 2017 - Artigo).	Pesquisa bibliográfica, análise de conteúdo.
8	2017	Determinação social da saúde e os planos municipais de saúde: uma análise para além da leitura biomédica (NIETSCHE, 2017 - Artigo).	Pesquisa documental
9	2017	A linha tênue do cuidado: família no serviço de transplante hepático (LOPES, 2017 - Artigo).	Pesquisa documental, de campo, entrevista semiestruturada.
10	2017	Interdisciplinaridade: o que pensam as residentes de um Hospital Universitário (CRESPO, 2017 - Artigo).	Pesquisa documental, entrevista semiestruturada.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Para evidenciar a natureza da produção de conhecimento em Serviço Social foram consideradas as seguintes informações: ano de conclusão; título do trabalho; e procedimentos metodológicos (modalidade e tipo de pesquisa). Com base no quadro acima, observa-se a prevalência de trabalhos na modalidade de artigo, totalizando seis, seguido de quatro monografias. O artigo consiste numa pequena parcela de um saber maior, com o objetivo de divulgar os resultados de pesquisas originais, concluídas ou em andamento, bem como também abordar de forma nova uma questão (KÖCHE, 2007). O objetivo principal de um artigo científico "[...] consiste em ser uma maneira rápida e sucinta de divulgar a dúvida investigada, o referencial teórico utilizado, a metodologia empregada, os resultados alcançados e as principais dificuldades encontradas no processo de pesquisa" (KÖCHE, 2007, p. 149). Já a monografia designa um tipo especial de trabalho científico. Conforme Severino (2007, p. 200), "considera-se monografia aquele trabalho que reduz sua abordagem a um único assunto, a um único problema, com um tratamento especificado. "

A Portaria Interministerial nº. 03/2010, indica que os (as) Residentes devem apresentar de modo individual uma monografia ou um artigo científico, este último, com protocolo de envio à publicação. No que concerne à RIMS/HU/UFSC, cabe registrar que a partir de março de 2017, a Coordenação da Residência adotou a produção textual artigo como modalidade de trabalho de conclusão.

A respeito do tipo de pesquisa e dos procedimentos metodológicos utilizados, houve predominância da abordagem qualitativa, sendo que seis trabalhos, basearam-se em pesquisa empírica, com aplicação de entrevistas; um em pesquisa bibliográfica e três em pesquisas documentais. Segundo Minayo (2002, p.10), "a pesquisa qualitativa oferece subsídios para a

busca de respostas a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado". Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, interessa-se assim pelos espaços mais profundos das relações, ultrapassando o aparente e a quantificação de fenômenos e processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

No campo social esse tipo de pesquisa mostra-se fundamental para fomentar a discussão no que concerne à dinamicidade do cotidiano e das mudanças, percebendo as respostas profissionais que estão sendo processadas e executadas. Segundo Marsiglia (2009), esse tipo de estudo viabiliza ao profissional analisar o impacto de sua própria atuação na sociedade, pois, ao se pensar em pesquisas a partir do empírico, torna-se possível projetar a própria atuação profissional. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da pesquisa no cenário em que ocorre a realização da prática profissional indica a construção de estudos em serviço, suscitando o olhar investigativo a respeito dos fenômenos expressos da realidade.

Na continuidade, procedeu-se à exploração do material da pesquisa, segundo polo cronológico da análise de conteúdo, destacaram-se assim, dois núcleos temáticos, considerando-se seus respectivos temas, a saber: 1- exercício profissional do (a) assistente social; e, 2- formação profissional.

No terceiro e último polo cronológico da análise de conteúdo, realizou-se o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, tendo em vista "[...] propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas" (BARDIN, 2009, p. 101). Para a representação dos dados qualitativos utilizou-se a produção textual descritiva e teoricamente fundamentada, com base na produção teórica do Serviço Social no âmbito da saúde e das publicações acerca da residência multiprofissional.

FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RESULTADOS ENCONTRADOS ACERCA DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SERVIÇO SOCIAL

O exercício profissional em Serviço Social é mediatizado por diferentes interesses em relação às classes sociais e nas formas como o Estado em diferentes contextos responde às expressões da questão social, notadamente por intermédio das políticas sociais, campo no qual se fundamenta o espaço sócio-ocupacional dos (as) assistentes sociais (AMADOR, 2011). Desta forma, o (a) assistente social, em seu exercício profissional "[...] vinculado a organismos institucionais estatais, para-estatais ou privados, dedica-se ao planejamento, operacionalização

e viabilização de serviços sociais por eles programados para a população" (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 113).

O (a) assistente social coloca em movimento os múltiplos saberes necessários à realização do seu exercício profissional, que partem da análise da realidade social, procurando entender as implicações sociais e políticas que o referenciam, construindo uma aproximação crítica entre o conhecimento já sistematizado sobre a realidade social e as particularidades experienciadas cotidianamente. Esse caminho possibilita ao profissional reconhecer a materialização das expressões da questão social e como são identificadas nos espaços sócio-ocupacionais. Portanto, o exercício profissional ocorre mediante a explicitação de elementos e condições socialmente determinadas que lhe garantem identidade, visibilidade, concreticidade e impulsionam sua direção. Deste modo,

> Os profissionais de Serviço Social lidam, no seu trabalho cotidiano, com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessadas por determinações de classes. Os Assistentes Sociais são desafiados a desentranhar da vida dos sujeitos singulares que atendem a dimensões universais e particulares, que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública (AMADOR, 2011, p. 353).

Oito dos dez trabalhos selecionados para a pesquisa abordaram questões referentes ao núcleo temático do exercício profissional, tendo como centralidade o trabalho do (a) assistente social, sendo: quatro sobre família e cuidado (trabalhos 2, 5, 6 e 9), dois sobre obesidade (trabalhos 4 e 7), um sobre morte (trabalho 3) e um sobre determinação social da saúde (trabalho 8). O lócus adotado nesses trabalhos diz respeito às clínicas e aos ambulatórios caracterizados como as respectivas unidades de alta complexidade em saúde nas quais os (as) Residentes de Serviço Social realizaram a imersão.

A respeito do tema família e cuidado, no âmbito das políticas sociais a categoria "campo do cuidado" (MIOTO, 2012, p. 129) é central para a discussão da responsabilização das famílias nos serviços. Sob a prerrogativa do cuidado observam-se, nos serviços, as principais estratégias de transferência de custos do cuidado para as famílias, tanto financeiros, quanto emocionais e de trabalho. Enquanto de um lado observa-se que o cuidado foi histórica e culturalmente construído e naturalizado como uma atribuição da família, de outro, as mudanças societárias no lócus da família fragilizam e determinam os recursos e as estratégias que as famílias dispõem para responder ao cuidado demandado pelos serviços.

Os quatro trabalhos sobre família e cuidado, abordaram o papel da família no âmbito dos serviços de saúde e problematizaram sua centralidade e incorporação nos serviços e na

provisão do cuidado. Nessa direção, tem-se observado que a fragilidade das políticas sociais brasileiras, tende a tensionar a família na responsabilização do cuidado, pois elas são acionadas através de orientações que rebatem em sua organização e nas possibilidades que esta tem na provisão de recursos, sendo estes financeiros ou emocionais (MIOTO, 2012).

> Se o paciente não possui uma rede de apoio ou se esta não pode se mobilizar para auxiliar o paciente sua condição se complexifica pois a busca por uma renda e/ou alguns insumos/cuidados necessários para a continuidade do tratamento ficam comprometidos (SILVA, 2016, p. 43, trabalho 5).

> A incorporação da família ou da rede de sociabilidade do usuário pelo serviço é intrínseca e cristalizada na organização e funcionamento do NTH[7]-UFSC/HU. Essa orientação político-estrutural expressa-se nos serviços quando exequíveis junto com a família, que preenche as lacunas do Estado. Contudo, esse processo acontece sem refletir as condições culturais, história de vida, organizações familiares, os limites, possibilidades e singularidades que os diferentes núcleos familiares se constituem (LOPES, 2017, p. 9, trabalho 9).

Os trechos supracitados pautam os temas familismo e desfamilismo, enfatizando que as políticas públicas efetivadas pelo pluralismo de bem estar consagram a ideia do modelo de "familismo", o qual resgata a centralidade da família como lócus de proteção social de seus membros. Sendo uma característica dos modelos de proteção social da maioria dos países que compõe a América Latina, a família emerge como fonte ativa de proteção social (FRANZONI, 2008). De acordo com a denominação de Esping Andersen (1991, p. 5) o familismo está presente nos sistemas de proteção social "em que a política pública considera – na verdade insiste – em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros". Por sua vez, o desfamilismo está "intrinsecamente relacionado com o processo de independência da família e diminuição dos encargos familiares em relação ao parentesco por meio das políticas sociais familiares" (ESPING ANDERSEN, 1991, p.135).

Também identificou-se nesses trabalhos que há um novo consenso em relação às políticas sociais que vem sendo denominado de pluralismo de bem estar ou economia mista de bem estar social, na qual prevalece a quebra da centralidade do Estado na provisão do bem estar social em favor do mercado. Diante disso, deteriora-se a responsabilidade coletiva da proteção social, transferindo-a para a esfera individual e familiar (PEREIRA, 2010).

Nessa direção, apontam que por meio de discursos provenientes tanto pelo senso comum quanto no âmbito das políticas sociais, se naturaliza a associação família-cuidado (LOPES, 2017; GRAH, 2015; ARAÚJO 2016; SILVA, 2016). Discussões corroboram com esta assertiva

[7] Refere-se ao Núcleo de Transplante Hepático (NTH).

quando sinalizam a existência de dois canais, considerados naturais, para a satisfação das necessidades dos cidadãos, quais sejam: o mercado (por meio do trabalho) e a família. Destarte, o Estado e outras instituições entram como atores do processo (de maneira temporária) quando um desses canais esmaece (SARACENO, 1997 apud MIOTO, 2000).

Os trabalhos ainda discorreram sobre a complexidade do cuidado e abordaram a provisão por seus cuidadores, além dos impactos no âmbito das famílias. No *corpus*, emergiram discussões sobre o cuidado ao doente crônico em pós-operatório de amputação de membros inferiores, usuário em pós-operatório de transplante hepático, sujeitos adultos e em idade laboral que sejam totalmente dependentes para atividades da vida diárias e pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise. Assim, os (as) autores (as) pontuaram que são diversas as alterações que ocorrem no cotidiano e organização das famílias a partir do adoecimento de um de seus entes, pois há um conjunto de especificidades e demandas que esses usuários apresentam (LOPES, 2017; GRAH, 2015; ARAÚJO 2016; SILVA, 2016). Os sujeitos que antes eram provedores de seu autocuidado, perdem sua capacidade de serem cuidadores e passam a requerer o cuidado em muitas esferas de sua vida. Em virtude disto, recaem sobre as famílias diferentes exigências, que revelam uma sobrecarga no cuidado face à ausência de alcance dos serviços públicos nessas dimensões presentes na vida do sujeito e sua família.

> A dependência para as atividades da vida diária causa implicações diretas na organização e renda familiar, pois há o sujeito que se tornou dependente e impossibilitado de exercer atividade laboral e o familiar que assumirá diretamente o cuidado, este último consequentemente deverá abdicar de suas atividades laborais formais em prol da função de cuidador. O panorama de agravo sobre a renda tende a piorar quando o perfil do dependente é de um sujeito que se espera que seja o provedor ou ao menos um dos provedores da família (ARAÚJO, 2017. p 7, trabalho 6).
>
> As repercussões vivenciadas pela família, que se materializam nas mudanças e reorganizações que esta enfrenta com a realidade de um familiar doente crônico. Se não bastasse, quando tratamos de um contexto pós hospitalar ocasionado pela agudização de uma doença crônica, como, por exemplo, a realização de uma amputação de membros inferiores, as necessidades de cuidado e suporte se acentuam, sendo muitas vezes vislumbrada a sobrecarga da família (GRAH, 2015, p. 29, trabalho 2).
>
> Muitos dos PRC são dependentes para as atividades da vida diária, por vezes estes ficam dependentes pelas próprias complicações de suas doenças anteriores à DRC como o diabetes que pode levar à cegueira ou mesmo à amputação, o que torna a existência de cuidador ainda mais necessária para sobrevivência digna do paciente (SILVA, 2016, p. 42, trabalho 5).

Na provisão do cuidado, às famílias se organizam e realizam mudanças de acordo com as possibilidades que encontram. Diante dos entraves no acesso aos direitos, recorrem

principalmente às redes de sociabilidade como estratégia no momento de vulnerabilidade socioeconômica, decorrente da oferta de cuidado. Nesse sentido, os (as) autores (as) pesquisados (as) (LOPES, 2017; GRAH, 2015; ARAÚJO 2016; SILVA, 2016) evidenciam os impactos do cuidado na vida familiar e aos cuidadores, principalmente na questão do trabalho, indicando as limitações na vida profissional, redução, duplicação ou até mesmo abandono da jornada de trabalho. Ademais, abordam as dificuldades existentes no âmbito das redes de proteção social, que incidem no tratamento, em virtude do acesso ao transporte, medicação, dentre outras. Destarte, ainda problematizam as diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias, diante da ausência de estruturas estatais que absorvam as demandas de usuários dependentes para o cuidado.

> É um cotidiano carregado de cuidados em relação à doença do PRC e sua ida para o hospital realizar o tratamento hemodialítico, além de exames necessários para controle sistemático da saúde. Anteriormente ao início das sessões de hemodiálise muitos PRC relatam que trabalhavam normalmente e seus respectivos cônjuges também. A partir da convivência com uma doença crônica, que exige um longo tratamento e que ocupa muitas horas da semana consumindo o tempo dos envolvidos, o cenário muda (SILVA, 2016. p.48, trabalho 5).

Ainda a respeito do núcleo temático do exercício profissional, emergiu a discussão sobre obesidade, a partir de dois trabalhos. Ambos indicaram que nos últimos anos a obesidade assumiu centralidade no contexto mundial das políticas de saúde, sendo considerada um problema crônico de saúde pública. Em um dos trabalhos, a autora investiga como os estudos de gênero se apresentam na produção de conhecimento sobre a obesidade e pobreza, a partir de levantamento bibliográfico (GELSLEICHTER, 2017). Desta forma, o trabalho traz elementos importantes sobre a discussão da obesidade, ao realizar aproximação teórica e embate crítico sobre a delimitação temática contribuindo na formulação de análises voltadas à problematização da realidade e explicitação dos desafios da população que vive a obesidade.

No outro trabalho, a autora aborda o direito à saúde a partir da atenção especializada à obesidade no âmbito do SUS, com foco no processo de referência e contrarreferência, realizando uma análise desse processo aos pacientes que realizam a cirurgia bariátrica. Assim, demarca a integralidade no acesso à saúde, ao sinalizar que para concretizar este princípio nos serviços de saúde é necessária a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade de atenção. Desta forma, o sistema de referência e contrarreferência, estabelece-se como um modo de organização dos serviços, que tem como finalidade garantir a atenção integral aos usuários (SANT'HELENA, 2014).

Do exposto em ambos os trabalhos, ressalta-se serem fundamentais as contribuições do

Serviço Social para a compreensão da obesidade, pois esta se configura como um problema de saúde pública que demanda um olhar coletivo. Além disso, o profissional compõe as equipes complementares da Portaria Interministerial nº. 425, de 19 de março de 2013, que dispõe sobre o tratamento da obesidade na alta complexidade, e atua em outros espaços nos serviços de saúde, como na atenção primária. A obesidade produz estigma, discriminação, preconceito e exclusão social e, portanto, "ouvir esses sujeitos é abrir uma escuta ao que está sendo dito e sentido, para possibilitar a ruptura de uma situação dada, que pode ser transformada no momento em que é discutida, socializada, polemizada e politizada" (FELIPPE, 2003, p. 02).

O tema sobre a morte fez-se presente em um trabalho que apresentou os sentidos atribuídos pela equipe multiprofissional do HU/UFSC. Nele problematizou-se que "lidar com a finitude humana é um aspecto concreto do processo de trabalho, bem como assistir o paciente internado, que vive o risco de morte e requer cuidados baseados em procedimentos complexos" (COSTA; ZUCCO, 2015. p. 200). Apesar da temática não aparecer de maneira expressiva no *corpus* de análise, depreende-se que no âmbito hospitalar a morte é um acontecimento presente no cotidiano de trabalho, bem como é transversal a todas as ênfases de atuação na Residência do HU/UFSC. A morte é um evento natural da vida e demanda preparo dos profissionais para atender às necessidades dos sujeitos envolvidos de forma integral e humanizada.

Sobremaneira, há uma relação muito próxima do tema com o Serviço Social, pois o (a) assistente social realiza o atendimento de diversas demandas que surgem nesse processo de adoecer e morrer, bem como após este acontecimento, tendo em vista que as necessidades emergem tanto do sujeito que encontra-se em processo de adoecimento, como dos familiares, da rede de apoio e da equipe multiprofissional. No momento em que o usuário e seus familiares se deparam diante de uma doença em que não há perspectiva de cura, tem início uma fase onde todos os sujeitos envolvidos neste contexto enfrentam dificuldades, assim, diante das diversas demandas que surgem, é necessário um grande esforço de toda equipe multiprofissional (CABRAL et al., 2017).

Por último, a discussão sobre a determinação social da saúde teve centralidade em um[8] trabalho, tomando como base três planos municipais de saúde. A autora do trabalho concluiu que o tema se apresenta de modo residual, indicando a necessidade de aprofundamento da discussão nos espaços de gestão, execução e controle social da saúde. Segundo ela, para

[8] Vale registrar que, ainda que transversalmente, a determinação social da saúde também se fez presente em outros dois trabalhos sobre o núcleo temático do exercício profissional (GRAH, 2015; SILVA, 2016). Nestes, ao abordar os processos de saúde-doença, os (as) autores (as) apresentaram dados que demonstram a relação entre a determinação social da saúde e a ocorrência de doenças crônicas no Brasil.

entender a relação entre determinantes sociais e saúde é necessário ultrapassar a lógica de causa-efeito destinada ao processo saúde-doença. Ademais, frisou a contraposição entre os termos: determinação social e determinantes sociais de saúde, visto que o primeiro referencia um entendimento mais denso e descritivo dos contextos de saúde (NIETSCHE, 2017).

Os últimos dois dos dez trabalhos selecionados para a pesquisa abordaram questões referentes ao núcleo temático da formação profissional, com temas alicerçados na residência multiprofissional, situando os limites e possibilidades justapostos nesse espaço (trabalhos 1 e 10). No primeiro deles analisou-se o processo de formação profissional do (a) assistente social nessa modalidade de formação. No segundo, enfatizou-se a discussão acerca das compreensões sobre interdisciplinaridade, a partir do olhar das Residentes. Ademais, os trabalhos abordaram o ensino em serviço no âmbito hospitalar e os limites e possibilidades neste espaço, bem como discorreram sobre o papel das residências para a formação interdisciplinar dos profissionais de saúde, principalmente para atuar no SUS. As autoras evidenciaram que nos serviços de saúde, o (a) Residente encontra a realidade das complexas situações vividas pelos sujeitos, além de se deparar com a necessidade de interagir com outros saberes profissionais. A relevância da Residência é ressaltada por promover a formação teórica e prática dos profissionais de saúde. Contudo, salienta-se que por vezes a mesma atua em lacunas da formação em nível de graduação (GIORDANI, 2013; CRESPO, 2017).

Como principais contribuições da RIMS/HU/UFSC foram mencionadas a qualificação profissional com o exercício da prática aliado à questão teórica e a renovação que se concretiza nos serviços de saúde a partir da inserção dos (as) Residentes, pois os demais profissionais buscam igualmente adquirir novos conhecimentos. Como limites imbricados neste cenário, as autoras trouxeram os tensionamentos da dinâmica institucional, as relações hierarquizadas, e a indefinição expressa nas pesquisas que permeiam o "lugar" do (a) Residente nas pesquisas.

> Sabemos, a partir da experiência vivenciada, das dificuldades de efetivar tal prática devido aos diversos tensionamentos resultantes da dinâmica institucional. Podemos levantar as tensões entre as áreas profissionais e as especificidades de formação, as tensões entre residentes das diversas áreas devido ao convívio intenso e formas de apropriação dos conhecimentos entre saberes comuns e específicos (GIORDANI, 2013, p. 31, trabalho 1).

> As dificuldades no reconhecimento de suas funções na equipe multiprofissional estão relacionadas à condição de estudante, embora seja um profissional habilitado para atuar nos espaços sócio-ocupacionais. Logo, a imprecisão é explicada por seu vínculo jurídico (residente/estudante/profissional) associado à sua situação funcional, sem vínculo e temporária, na instituição. Tal fato os/as torna em condições de realizar determinadas atividades, mas sendo "parcialmente" responsável por

> responder aos desdobramentos das mesmas (CRESPO, 2017, p. 11, trabalho 10).

A incorporação da perspectiva interdisciplinar como imprescindível na formação em Residência, apresenta-se nos dois trabalhos. As autoras sinalizam que por intermédios desta, é possível conceber novas capacidades para os profissionais na atuação nos serviços de saúde, considerando uma visão mais integradora e articulada dos usuários do SUS e de suas necessidades de saúde. Isto posto, os trabalhos assinalam que o projeto pedagógico da Residência prevê a interdisciplinaridade nos espaços de formação. Num dos trabalhos analisados identificou-se que, apesar de serem parcas as práticas interdisciplinares no cenário hospitalar, alguns espaços na Residência proporcionam a interlocução dos saberes entre as diferentes áreas e também as ênfases.

> Com vistas a atuação multiprofissional, o desenvolvimento de habilidades interdisciplinar se faz necessário neste processo de formação. Os residentes, e falamos aqui, das diversas áreas, precisam vivenciar a interdisciplinaridade, na relação entre as diversas profissões mantendo as atuações específicas, mas com a troca de informações entre essas permitindo a construção de novos saberes e, por conseguinte a atuação multiprofissional (GIORDANI, 2013, p. 32, trabalho 1).

> O projeto político pedagógico da Residência prevê que a interdisciplinaridade perpasse todo o processo de formação dos profissionais, tanto teórico quanto prático. Para tanto, são propostos espaços de integração dos saberes, como estudos de casos, momentos integrados e temas transversais. Mesmo que os resultados não indiquem efetivamente uma prática interdisciplinar, a residência proporciona espaços de reflexão de um fazer profissional integrado e instiga a busca por novos conhecimentos através da interlocução entre os diferentes saberes (CRESPO, 2017, p. 21, trabalho 10).

A inserção da profissão na residência multiprofissional constituiu recentemente pauta do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em documento que estrutura os debates realizados ao longo dos anos sobre o Serviço Social e as residências em saúde, como espaços de formação e exercício profissional do (a) assistente social, intitulado “Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão”. Este documento ratifica que os espaços da Residência são estratégicos para a qualificação profissional e a formação de profissionais comprometidos com uma política de saúde pública, universal, estatal e de qualidade. Ademais, problematiza que apesar do aumento significativo nos programas financiadas com recursos do Ministério da Educação, não há em contrapartida a qualificação para preceptores e tutores, bem como, uma política de integração ao SUS dos egressos desses programas (CFESS, 2017). Nesse contexto, reafirma-se a importância da proposição de estudos e pesquisas que evidenciem as

contribuições dessa modalidade para a formação e o exercício profissional dos (as) assistentes sociais, visto que a qualificação profissional e a formação de profissionais comprometidos com uma política de saúde pública, universal, estatal e de qualidade é fundamental e as residências podem se constituir como uma estratégia importante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO E NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL

Ao analisar a produção de conhecimento em Serviço Social, na RIMS/HU/UFSC, com ênfase na Alta Complexidade em Saúde, destaca-se que os trabalhos tomaram como referência objetos relacionados aos espaços sócio ocupacionais nos quais os (as) Residentes exerceram suas atividades, isto é, clínicas e ambulatórios caracterizados como unidades de alta complexidade em saúde, apontando problematizações diferenciadas. Depreende-se como significativo, no processo de ensino em serviço, os (as) Residentes discutirem seus cenários de prática e o contexto da política de saúde, pois possibilita problematizar os espaços sócio-ocupacionais em que se inserem, bem como qualificar os serviços prestados, a partir de reflexões e proposições das ações empreendidas no atendimento aos usuários. Além disso, as reflexões possibilitam revisitar a ação profissional e ampliar as discussões nos diversos espaços de construção coletiva, que são fundamentais para a consolidação da produção do conhecimento em Serviço Social.

Nessa direção, identificou-se que a produção de conhecimento analisada está relacionada às dimensões da formação e do exercício profissional. No núcleo temático do exercício profissional, expressaram-se trabalhos problematizando temas que tangenciam ao Serviço Social no âmbito da política de saúde. Desta forma, em oito do total de dez trabalhos oriundos deste núcleo, quatro retrataram as discussões sobre família e cuidado e sua relação com as políticas sociais, e os demais acerca da obesidade, morte e determinação social da saúde. No contexto hospitalar, o (a) assistente social é cotidianamente solicitado para a materialização de ações que envolvem as famílias, principalmente no suporte que esta pode oferecer com relação aos cuidados que o sujeito adoecido demanda e a articulação com a rede de serviços, pensando-se a proteção social frente às suas necessidades.

No núcleo temático da formação profissional emergiram dois do total de dez trabalhos discutindo as contribuições e os desafios do processo formativo na Residência, tendo em vista o seu caráter integrado e interdisciplinar. Nessa direção, evidenciou-se que o cerne das temáticas trazidas no conjunto da produção de conhecimento analisada traz à tona o

aprofundamento de conhecimentos diferenciados, de forma crítica e contemplando a realidade do processo de ensino em serviço na Residência junto à população usuária e no âmbito das equipes multiprofissionais.

Cabe destacar que o projeto pedagógico da RIMS/HU/UFSC assinala que se espera do profissional a internalização de uma atitude crítico reflexiva capaz de traduzir-se em comprometimento com a viabilização de metodologias de atuação, pautada nos princípios do SUS, as quais visam à resolutividade das ações em saúde nos diferentes níveis de atenção. Além disso, são apontadas diretrizes político-pedagógicas para a formação profissional, as quais direcionam o (a) Residente à construção de conhecimento, de modo a torná-lo (a) capaz não apenas de questionar seu cotidiano de atuação, mas também propor alternativas de intervenção (UFSC, 2013).

Sendo assim, entende-se que a Residência, ainda que diante dos desafios expressos pelo enfrentamento de uma política de contrarreformas, que geram repercussões para as diversas esferas da vida social, entre elas as políticas sociais, como a de saúde, num contexto avesso ao SUS universal e de qualidade, é um espaço que permite aos profissionais indagar esses elementos, como sujeitos deste processo. Desta forma, ao se estabelecerem como campo de mediação entre o espaço acadêmico e os serviços, se torna possível a construção de práticas e conhecimentos que podem alterar ou tencionar de modo significativo a lógica da atenção. O que se revela no presente é "a consolidação do projeto privatista da saúde, o qual cria fecundas raízes no plano do Estado. Faz-se assim, mais do que necessário reafirmar o projeto de Reforma Sanitária e fortalecer os sujeitos que o reivindicam" (CFESS, 2017, p. 20).

Conclui-se que os elementos que devem ser transversais na Residência que possui como característica a díade ensino em serviço, também emergem na produção teórica do Serviço Social, o que converge com a proposta do programa. A formação nessa modalidade de pós-graduação *lato sensu*, permite evidenciar e questionar realidades cristalizadas que impedem movimentos de criação. Possibilita também a produção de conhecimentos a partir de vivências e experiências, então transformadas em processos reflexivos de ação profissional. Além disso, as pesquisas desenvolvidas constituem-se em um rico material de investigação e registro do que pode ser alcançado pela Residência e, em especial, de visibilidade sobre a inserção do profissional assistente social na equipe multiprofissional de saúde no âmbito da alta complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADOR, J. R. O. **O exercício profissional do Serviço Social no capitalismo contemporâneo:** desafios e possibilidades para a efetivação do projeto ético-político. O Social em Questão. Ano XIV, n. 25/26, p. 345-356, 2011.

ARAUJO, D. F. **Estado, mercado, família e sociedade na provisão do cuidado:** quem é o onerado nesta partilha? Florianópolis, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa/Portugal: Edições 70, Ltda., 2009. 225 p.

BRASIL. MS/SGTES. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **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 Nºs. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: DF, 2003.

BRASIL, C. D. C; OLIVEIRA, P. R. S; VASCONCELOS, M. S. A. **Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional:** trabalho e formação em saúde. Revista Sarane. v. 16. n. 01. p. 60-66. Jan./Jun. 2017.

CABRAL, S. B; DAROSCI, M; MARQUES, A. A; SILVEIRA, S.R. **Cuidados paliativos:** reflexões acerca da atuação do Assistente Social em âmbito hospitalar. Out. 2017. Disponível em:<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180156/101_00549.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

CAMARGO, M. **Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária em saúde (APS) no século XXI:** um estudo da produção teórica do serviço social. 2014. 160 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2014.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde.** 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 19 dez. 2017.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Saúde Coletiva.** v. 14, p.41-65, 2004.

CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social:** subsídios para reflexão. Brasília, 2017.

COSTA, C. B; ZUCCO, L. P. Os sentidos da morte no cotidiano de trabalho da Onco-Hematologia do HU/UFSC. **Sociedade em Debate,** 21, n. 2, p. 199-229, 2015.

CRESPO, G. N. **Interdisciplinaridade:** o que pensam as residentes de um Hospital Universitário. Florianópolis. 2017.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State.** Lua nova, n. 24, São Paulo, 1991, p. 84-116 .

FELIPPE, F. M. O peso social da obesidade. **Textos & Contextos.** Porto Alegre, n.2, dez. 2003.

FRANZONI, J. **Domesticar la incertidumbre en América Latina: Mercado laboral, política social y familia.** San José: Editorial UCR, 2008.

GELSLEICHTER, M.Z; ZUCCO, L.P. Quanto pesa a mulher com obesidade? **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 16, n-1, p.100-114, jan/jul.2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo : Atlas, 2008. 200 p.

GRAH, B. **Repercussões da atenção em saúde para a família**: um estudo com paciente crônico em pós-operatório de amputação de membros inferiores. Florianópolis, 2015.

UFSC. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde 2011/2013.** Florianópolis, 2010.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos:** pensando as ações sócio-educativas. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 2004.

LOPES, A.S. **A linha tênue do cuidado:** família no serviço de transplante hepático. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MARCONI, M, de A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 282 p.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez; Brasília, OPAS, OMS, MS, 2009, p. 383-398.

MIOTO, R. C. T., **Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis.** Cadernos CEAD, Brasília, UNB, mod. 04, 2000.

_____. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, H. B M. (Org). **Serviço Social:** questões contemporâneas. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC, 2012.

_____. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc.& Saúde.** Campinas, v. 11, n. 2 (14) p. 185-208. Jul./dez.2012.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. MINAYO, M. C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: _____. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 09-30.

NEVES, D. C. A; FAVARO, P. C. T; GONÇALVES A. C. Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social. **Rev. Katálysys,** v. 20, n, 3, p. 225-233. 2017.

NIETSCHE, A. D. **determinação social da saúde e os planos municipais de saúde:** uma análise para além da leitura biomédica. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: Sales, M. A.; Matos, M. C; Leal, M. C. (Orgs). **Política social, família e juventude:** uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

PRATES, J. C. O Planejamento da Pesquisa Social. **Temporalis**, n. 7, Porto Alegre, ABEPSS, 2004.

SANT'HELENA, M. M. O processo de referência e contra-referência na cirurgia bariátrica. Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SILVA, A. **Os custos do cuidado em saúde:** as repercussões do tratamento hemodialítico para os pacientes renais crônicos e suas famílias. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

UFSC. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, 2013. Disponível: <http://www.hu.ufsc.br/setores/rims/>. Acesso em: 18 nov. 2017.

ZANONI, S. C. et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Rev. Semina:** Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 215-224, ago. 2015.