

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS: EXPERIÊNCIA OU QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL?

Multiprofessional Residences: experience or professional qualification?

por Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia¹

RESUMO (PORTUGUÊS)

Este artigo objetiva discutir a inserção dos assistentes sociais nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da análise dos impactos neoliberais do desmonte das políticas sociais. Para tanto, foi realizada pesquisa exploratória, utilizando método qualitativo (Minayo, 1994), com análise crítica pautada no materialismo histórico-dialético marxista. Buscou-se refletir sobre uma questão posta recorrentemente: a Residência Multiprofissional seria experiência ou formação profissional? Consideramos que a vivência intensa proporcionada pelas residências, o cenário de desregulamentação do trabalho e os desafios contemporâneos postos aos profissionais colocam a necessidade de se repensar esse processo como experiência e formação profissional de maneira articulada e dialógica.

RESUMO (INGLÊS)

This article aims to discuss the insertion of social workers in Multiprofessional Residency in Health programs, based on the analysis of the neoliberal impacts of the dismantling of social policies. To this end, exploratory research was carried out, using a qualitative method (Minayo, 1994), with critical analysis based on Marxist historical-dialectical materialism. We tried to reflect on a question that was repeatedly asked: would the Multiprofessional Residence be professional experience or training? We consider the intense experience provided by the residences, the scenario of deregulation of work and the contemporary challenges faced by professionals, place the need to rethink this process as an experience and professional training in an articulated and dialogical way.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, qualificação profissional, contrarreforma, experiência profissional.

Keywords: Multiprofessional Residence, professional qualification, counter-reform, professional experience.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo discutir a relevância dos programas de residência multiprofissionais, considerando a riqueza que eles oferecem ao possibilitar qualificação com a característica de formação em serviço, vislumbrando o aspecto da formação como especialização, mas, ao mesmo tempo, inserida em um contexto de experiência profissional.

A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizadas por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos. O disposto na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, abrange as treze profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

No sentido de compreender como tem se dado a importância desse espaço para os assistentes sociais no campo da saúde, analisaremos o processo de desmonte das políticas sociais presentes na atualidade diante do processo de contrarreforma do Estado para possibilitar desvelar os impactos

¹ Currículo: Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2013). É especialista em oncologia, formada pela turma do ano de 2015 da Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer - INCA (2015-2017). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). *E-mail:* priscillabssmaia@gmail.com



64 | RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS: EXPERIÊNCIA OU QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL?

dessas políticas, no Brasil, para o mercado de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo dos assistentes sociais.

Após essa primeira incursão, traremos reflexão relevante acerca do reconhecimento desse espaço das residências multiprofissionais enquanto seu caráter dicotômico, entre oportunidade no mercado de trabalho e formação profissional. Mesmo entendendo que cada Programa de Residência possui suas características, seu plano de curso e sua estrutura, de acordo com a própria natureza das características gerais instituídas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, na sua Resolução, os programas em geral apresentam certa estrutura específica, ampla, complexa, completa, o que possibilita aos especializandos uma qualificação profissional que merece ser refletida, vislumbrando o campo contemplado de virtudes, de qualidade, pensando as possibilidades de reconhecer e considerar de forma justa aos se qualificam nessa modalidade.

1. CONTEXTO DE DESMONTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO PROCESSO DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO.

Vivemos na contemporaneidade um contexto de desmonte, de forma profunda, das políticas de Estado constitucionais, sobretudo aquelas de cunho universal, como a saúde.

Behring e Boschetti (2011), ao relacionarem questão social com política social, definem que estas últimas, assim como a formatação de padrões de proteção social, são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento, em geral setorizadas e fragmentadas, às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, em que o fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. Sinalizam, nesse sentido, que o Estado foi caracterizado por Marx e Engels como o comitê da burguesia.

As pontuais medidas interventivas a partir da República Velha, como as políticas higienistas e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) criadas através da Lei Eloy Chaves, podem ser interpretadas como precursoras da atuação do Estado na defesa dos direitos sociais durante o século XX. Pressionado pela ampliação desses direitos, e apesar das resistências burguesas no contexto liberal, o Estado teria promovido uma expansão tímida das políticas sociais. Behring e Boschetti (2011) apontam como elementos essenciais do liberalismo, que se conjugam com a reduzida intervenção do Estado na forma de políticas sociais nesse período: o predomínio do individualismo; o bem-estar individual como maximizador do bem-estar coletivo; o predomínio da liberdade e da competitividade; a naturalização da miséria; o predomínio da lei de necessidade; a manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais que estimulam o ócio e o desperdício; e a política social como um paliativo.

A generalização das políticas sociais se deu nesse contexto, a partir de medidas anticíclicas, e também é fruto de um pacto social que precisou ser estabelecido com o movimento operário nos anos subsequentes.

A política social no Brasil, país da periferia do mundo do capital, é marcada pela particularidade histórica, com o processo de acumulação originária, o colonialismo e o imperialismo, numa economia com perfil que se organiza para o exterior, exibindo uma face extremamente dependente.



Ainda se sente o peso oriundo das formas de opressão sofridas pelo tipo de colonização a que foi submetido o país, sobretudo as marcas perpetuadas no interior da classe trabalhadora brasileira, vista na condição de trabalho e relações sociais, carregada de desqualificação, fatores que são determinantes da relação Capital x trabalho no país. Outro apontamento importante é a identificação da forte influência liberal, com práticas direcionadas para a garantia dos privilégios das classes dominantes, que foram determinantes para a conformação do Estado brasileiro. Portanto, o desenvolvimento da política social aqui esteve imbricada com este padrão de Estado (Behring; Boschetti, 2011).

Há uma distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real, na realidade brasileira, que persiste até os dias de hoje. E ainda a instabilidade crônica das políticas sociais, com dificuldades de estabelecer pactos mais duradouros, desburocratizados e efetivamente como garantia direitos. (Behring; Boschetti, 2011) Ao longo dos anos 90, as reformas² foram percebidas como orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 80. Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros, procurou-se abrir o caminho para o novo “projeto de modernidade” (Behring; Boschetti, 2011).

As autoras sinalizam ainda a apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, destituindo-a de seu conteúdo redistributivo e de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica (Behring, 2008).

Essa reforma causou um processo de desresponsabilização pela política social, em nome da qual se faria a “reforma”, o que aglutinou um crescimento da demanda social, associado ao aumento do desemprego e da pobreza. Ou seja, o processo não se deu pela ausência de política social, mas as suas formulações foram capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto. Daí ocorre o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais: privatização, focalização/seletividade e descentralização.

Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais.

A reforma, tal como foi (e ainda está sendo) conduzida, terminou por ter um impacto pífio em aumentar essa capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o boom da dívida pública. Há uma forte tendência de desresponsabilização da política social, acompanhada pelo desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. O recurso reiterado às medidas provisórias criou um ambiente em que a democracia foi quase uma retórica. Após esse percurso é possível adentrar em algumas expressões particulares

² Utilizamos o conceito de reformas de acordo com a abordagem de Behring (2008), que sinaliza o uso inapropriado do termo, uma vez que este, historicamente, foi desenvolvido a partir de uma ideia progressista. Entendendo que o que se reforma é transformado em algo melhor, no sentido de mudança que agrega, que avança positivamente. Inclusive, é um termo apropriado, com esse viés, pela esquerda brasileira historicamente. Portanto, para a autora, a partir de uma análise crítica, esse termo deveria ser abordado como contrarreforma, compreendendo ser o termo reforma uma apropriação indébita, com o desvio de seu sentido próprio.

desse processo que, volto a afirmar, tratou-se de uma verdadeira contrarreforma, dada sua natureza destrutiva e regressiva (Behring, 2008).

No campo da saúde, por sua vez, o conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público, sendo inclusive utilizados pelo setor privado, especialmente com a criação das organizações sociais.

Já atendimentos de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes, restringem-se ao setor privado, o que torna seu acesso mais difícil por parte da maioria da população. Assim, aqueles usuários que deveriam ser atendidos pelo setor privado terminam ocupando vaga no setor público, em uma privatização indireta, enquanto os segmentos que não podem pagar a oferta privada ficam sem cobertura para determinados atendimentos.

A privatização induzida a partir dessa política, por meio do estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tende a torná-la um problema de direito do consumidor e não um problema de direito social para parcela significativa dos brasileiros. Isso ocorreu, apesar de os mais pobres – em número crescente e com menos organização política e poder de pressão – dependerem basicamente dos procedimentos do setor público (Behring, 2008).

2. O IMPACTO DAS POLÍTICAS DE CONTRARREFORMA NO BRASIL PARA O MERCADO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SOBRETUDO DOS ASSISTENTES SOCIAIS.

A partir de 1945, ocorre a expansão da profissão, impulsionada pelas novas exigências e necessidades que foram fruto do aprofundamento do capitalismo no Brasil, frente às mudanças ocorridas no panorama internacional, em função do pós-Segunda Guerra Mundial. Naquele momento, a influência norte-americana na profissão tomou o lugar da europeia. Foi também durante tal período histórico, de expansão do serviço social como profissão, que houve maior inserção desses profissionais na área de saúde, tornando-se, desde então, o setor que mais vem absorvendo profissionais da categoria.

Nesse sentido, o que se mostra um grande desafio para os representantes e os defensores desse projeto é o antagonismo apresentado por outro forte projeto em disputa na nossa sociedade, o projeto neoliberal, articulado à lógica mercadológica, visando à ampliação das privatizações e ao desmonte dos serviços públicos, com enxugamentos do investimento do Estado em políticas públicas de cunho universal e de qualidade, focalizando o atendimento às populações de classes mais baixas através da prestação de serviços pontuais e precarizados e/ ou de seguros privados.

Tal projeto vem acirrando-se através de estratégias bancadas pela hegemonia ideológica imposta pelo poder dominante, a qual vem ocupando espaço na trajetória política no Brasil. Observando a realidade atual, podemos mencionar que quem estava sem emprego, especialmente ao longo do século XX, precisava estar apto a assumir o lugar dos ocupados pelo Capital, tinha então que ser preparado pelo poder público. Hoje, já não é desse modo, ao contrário do período de expansão



capitalista, associada ao bem-estar social, as melhorias econômicas já não anunciam mais o fim do desemprego.

Portanto, a realidade das políticas sociais vem se apresentando com um caráter extremamente focalizado, em que o exemplo das políticas de seguridade social e da saúde, que legalmente possui caráter universal, vem sofrendo ameaças, com ataques de sucateamento, passando a exercer um padrão de “política pobre”, para quem dela necessite ou para os que não tenham meios para custear a saúde privada. O Estado, após a ofensiva do Capital contra os direitos sociais, já não preside, como antes, a reprodução do sistema. O papel que antes era do Estado, de provedor de direitos, agora foi privatizado. Com a desarticulação dos movimentos de trabalhadores, a regulação da sociabilidade burguesa foi sendo repassada às forças de mercado, ou seja, às relações contratuais e privadas entre Capital e trabalho.

O fundo público é constituído com parte do que é produzido pelo trabalho, que é apropriado pelo Estado e volta para o trabalhador através dos serviços sociais. Nesse sentido, é possível compreender o trabalho do assistente social como produtor de valor (Iamamoto, 1999). De acordo com Netto (2006), o que caracteriza o capitalismo na fase monopolista é o processo de ampliação das funções do Estado, com ênfase nos aparatos coercitivos, para garantia de funcionamento do Capital, e nos aparelhos ideológicos, com a função de consenso. É nesse campo ideológico que se situa o trabalho do assistente social, nesse quadro da produção de valor, na forma da atuação junto às políticas sociais. Afirma-se, portanto, a função ideológica, a partir de termos gramscianos, do trabalho do assistente social, a partir da ampliação das funções do Estado no capitalismo monopolista.

É na esteira dessas mudanças que devemos situar os novos arranjos e desenhos do Estado, das políticas sociais e dos próprios movimentos sociais. As alternativas de ajustes econômicos com suas fortes implicações sociopolíticas – referimo-nos às que vêm ocorrendo a partir da ofensiva neoliberal –, como os formatos mais institucionalizados do relacionamento da sociedade civil com os poderes governamentais, compõem um cenário do qual o exame do processo de trabalho do Serviço Social não pode se distanciar. Essas mudanças, invariavelmente, colocam não só novas demandas para a profissão como encerram novas determinações na própria organização e dinâmica do seu processo de trabalho. (Almeida, 1996, p. 26)

Portanto, de acordo com essa análise, é possível identificar que a entrada do Capital na sociedade, quando mediada pelo Estado, se dá através das políticas sociais, e ela, não por acaso, vai se constituir com um perfil fragmentado, burocratizado e precarizado, que vai ter a função de contribuir no processo de dominação de uma classe sobre a outra, na medida em que garante a reprodução social através dos aparatos técnicos burocráticos do Estado, e é nele que está inserido o trabalho do Assistente Social. A política social, sendo o lugar da atuação dos profissionais, como seus operadores, dessa forma, pode ter um caráter contraditório, já que, como abordado anteriormente, tem sua função de dominação de uma classe sobre a outra e é operacionalizada por intelectuais.

Nesse contexto, o marxismo vai contribuir, não no sentido de alterar as condições da atividade profissional, mas para que o profissional tenha consciência da sua ação nesse processo. Esse entendimento consciente do profissional é algo fundamental para mediar a reflexão permanente do assistente social na construção do seu projeto profissional, pautado pelo projeto ético-político



(CFESS, 1993) e articulado ao projeto societário hegemônico na categoria profissional. A contribuição da tradição marxista na formação profissional, portanto, não vai se estabelecer exatamente na atividade profissional, mas no seu caráter político (Iamamoto, 1999).

A partir desse processo de contrarreforma abordado anteriormente, vem sendo observado um impacto direto na estrutura dos serviços, como os de saúde. Nota-se a redução cada vez mais intensa de concursos públicos, o que tem causado o enxugamento gradativo de profissionais de saúde nos serviços com o passar dos anos. As medidas que vêm sendo tomadas nesse sentido têm ocorrido através da implementação de contratos de trabalho flexibilizados, de terceirizações, contratos temporários e outras modalidades de vínculos precarizados, desregulamentados ou mesmo sem vínculo. Institucionalizaram-se as Organizações Sociais e as empresas prestadoras de serviços públicos que atualmente já detêm a gestão da saúde em grande parte dos municípios, como nos estados, e têm ocupado bastante espaço na saúde na esfera federal.

Esse contexto de contrarreforma mais profunda tem também privilegiado um padrão que revive modelos conservadores de saúde, que desmontam princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Nesse sentido, não há mais interesse pela interdisciplinaridade, pela intersetorialidade, pelos serviços estruturados, de qualidade, que se direcionem para a integralidade do atendimento à saúde. Nesse contexto, não se privilegiam tampouco categorias profissionais como a dos assistentes sociais. Em um contexto de cortes de profissionais, numa tendência de enxugamento de custos e de contenção de investimentos aos serviços públicos, reduz-se continuamente o mercado de trabalho dos assistentes sociais, trazendo uma lógica perversa de competitividade para a categoria, na qual o mercado encontra possibilidade de grandes exigências de qualificação profissional para o acesso a oportunidades laborais, imersas nesse processo de desregulamentações, vínculos frágeis e instáveis.

O resultado desse processo é uma realidade com muitos profissionais assistentes sociais na condição de desemprego, sobretudo os recém-formados, sem experiência profissional. Além de muitos profissionais que acabam se rendendo a relações de trabalho precarizadas, que tendem a produzir um processo de trabalho limitante, o que afeta diretamente a autonomia profissional e a qualidade dos serviços prestados, bem como impõe grandes desafios e limitações para o compromisso com o projeto ético-político.

3. RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS: ESPAÇO DICOTÔMICO ENTRE OPORTUNIDADE NO MERCADO DE TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

Residência Multiprofissional é uma modalidade de especialização em serviço, em que o objetivo está na articulação de conhecimento teórico e prático. Com carga horária total de 5.760 horas, divididas em dois anos, de forma que 80% são práticas e 20% teóricas, foi instituída pela Lei 11.129/2005 e vinculada à Lei 12.513/2011. Nessa modalidade, o foco está na interdisciplinaridade, prática em saúde defendida pela perspectiva do modelo atual, preconizada pelo SUS.

A Residência Multiprofissional apresenta-se como um instrumento importante de educação



permanente, pois, por meio desse modelo pedagógico, permite aos profissionais realizarem ações de caráter interdisciplinar, nas quais os saberes complementam-se, aprimorando a atuação da equipe. Esse processo acaba por contribuir para a troca de experiências e, especialmente, para a reflexão, permitindo a possibilidade de construção, descoberta e acúmulo de novos conhecimentos, visando a responder às interrogações cotidianas que podem impactar na realidade dos usuários dos serviços.

A educação permanente em saúde é uma política direcionada para o processo de ensino-aprendizagem centrado no trabalho. Diferencia-se, portanto, da educação popular em saúde, pois enquanto a primeira tem o foco na assistência direta, nas práticas e intervenções, a segunda tem como foco a cidadania. Conforme a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde “a Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (2006, p.20).

Sendo assim, a educação permanente busca a produção de conhecimento técnico e científico voltado para as questões oriundas do dia a dia do trabalho, sem dispôr de uma metodologia de repasse de informações e conteúdos, mas sim priorizando a crítica construtiva a partir da reflexão acerca da prática. Cabe destacar que o objetivo não é apontar equívocos e lacunas dos serviços e instituições, e sim ter como direcionamento o aperfeiçoamento e aprimoramento dos processos de trabalho. A pesquisa aparece, dessa forma, como uma importante aliada com vistas à qualificação tanto dos trabalhadores como dos serviços prestados à população.

O cuidado em saúde possui centralidade nas diretrizes da educação permanente, porém sua finalidade vai além da prestação estrita de um serviço procedimental, ou seja, a produção e a promoção da saúde são os horizontes a serem alcançados.

Mais do que um instrumento didático-pedagógico, a educação permanente configura-se como um instrumento político-pedagógico, no sentido de projetar mudanças nos ambientes de trabalho onde os trabalhadores e trabalhadoras podem lançar mão dessa ferramenta para repensar suas práticas, já que questionam protocolos estabelecidos e reproduzidos de forma mecânica, mesmo de forma não intencional.

Parte-se do princípio de que a realidade não está dada e, portanto, é preciso estranhá-la, interrogá-la, não somente com críticas, mas na perspectiva de trocas e intercâmbios de saberes e práticas, para a partir daí operar mudanças que irão contribuir para a efetiva qualidade dos serviços.

Assim, a residência multiprofissional aparece como um interessante marco nessa direção, conforme veremos mais adiante, uma vez que introduz profissionais nessas instituições que, pelo simples fato de estarem inseridos na dinâmica dos serviços, já produzem uma significativa mudança, e, mais ainda, quando questionam e problematizam práticas ‘cristalizadas’. De modo que pensar sobre educação permanente pressupõe pensar sobre os processos de trabalho, problematizando-os e qualificando-os continuamente.

Dessa forma, há uma dupla função nessa inserção: de um lado, os profissionais, denominados “preceptores”, são convidados a repensarem suas formas de trabalhar, do outro, há a imensurável contribuição para a trajetória de formação dos especializandos. A formação é um ponto que merece mais um destaque, só que agora da perspectiva dos profissionais. A educação permanente também



70 | RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS: EXPERIÊNCIA OU QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL?

foi elaborada visando, estrategicamente, à formação e ao desenvolvimento, como o nome mesmo já diz, permanente dos profissionais, objetivando a qualificação do trabalho e, conseqüentemente, dos serviços prestados à população. Outro ponto relevante é a contribuição escrita que os especializandos deixam como registro, afinal este é um requisito para a titulação de especialista e que, essencialmente, está vinculado a alguma experiência vivenciada no campo de formação.

Para o Serviço Social, a Política de Educação Permanente reforça o compromisso da categoria com o aprimoramento intelectual e a qualidade dos serviços (CFESS/CRESS, 2011). Conforme preconiza a Política de Educação Permanente do conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social), as transformações societárias em curso que ocasionam o aprofundamento da “questão social”, assim como a destruição de diversos direitos e das políticas públicas, exigem reflexão e aprofundamento acerca da intervenção na realidade, considerando os elementos que permeiam a dinâmica contraditória da totalidade social, a qual se articula com as particularidades do fazer profissional. Além do compromisso com a qualidade da formação, para os assistentes sociais, a educação permanente constitui-se como “instrumento fundamental de luta política e ideológica” (IDEM, p.16), na medida em que este ancora-se nos princípios do Projeto Ético-Político da profissão e nos princípios da Reforma Sanitária para expressar a direção social da profissão.

Cabe frisar que o constante exercício do trabalho em análise é precedido de uma equipe compromissada e comprometida com o debate de ideias, quando irão surgir proposições de novas maneiras de realizar ações e atividades. A gestão também desempenha um papel importante nesse caminho, bem como os espaços de reunião de equipe, que criam um clima organizacional de horizontalidade nas relações de trabalho e onde será possível a efetivação de tais mudanças e a incorporação de novas formas de fazer.

Nessa direção, o processo de educação permanente visa à garantia do fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social e do código de ética profissional, com ênfase em princípios fundamentais, no que se refere ao “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (BRASIL, 2012a, p. 24). Intenta, também, “evidenciar a dimensão política da Política de Educação Permanente como instrumento de reflexão sobre a realidade social e aprimoramento da intervenção profissional” (BRASIL, 2012b, p. 44). A Residência Multiprofissional enquadra-se nessa diretriz, na medida em que garante ao assistente social, sobretudo aos recém-formados, a possibilidade do treinamento em serviço. Esse tipo de modalidade contribui para a formação teórica, por meio da apresentação das especificidades de um determinado cenário [...] e o preparo para atuação prática, considerando as mesmas especificidades. (MAIA; RODRIGUES *et al.*, 2018) Os residentes, ao serem inseridos nos serviços de saúde, diante da realidade contemporânea de sucateamento em que estão inseridos, com falta de profissionais diante da complexidade das demandas, são chamados a uma relação de compromisso com demandas profissionais. Nesse sentido, os residentes acabam dando conta das demandas presentes naqueles serviços e ocupando um lugar de importância para o atendimento das necessidades de recursos humanos, relacionadas, talvez, com a realidade de deficiência nas condições de atendimento às demandas institucionais.

Salienta-se que, apesar dessa modalidade constituir-se como um processo de formação, os residentes são profissionais graduados, “prontos” e qualificados para atuação profissional. Não é desinteressante que os residentes se ocupem do atendimento e da atuação prática, desde que estes sejam orientados e acompanhados por preceptores. É esta, afinal, uma das características responsá-



veis pela riqueza produzida pelo processo de formação na modalidade Residência Multiprofissional em saúde: a possibilidade da qualificação teórica, numa área específica da saúde, bem como prática, num processo complexo, extenso e de dedicação exclusiva.

Considerando a característica da inserção dos assistentes sociais nos programas de residência multiprofissional, podemos compreender o fruto dessa relação digna de ser entendida e validada tanto como experiência profissional, quanto como qualificação profissional a nível de especialização. Tendo em vista que, diante da complexidade e da extensão do processo de 60 horas semanais e 5.760 horas, compreendemos ser pouco dizer que é apenas uma especialização ou somente uma experiência profissional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção dos assistentes sociais nas equipes interdisciplinares deu-se como um caminho para possibilitar sua contribuição à atenção à saúde, de acordo com a proposta constituinte do SUS, no sentido de promover a sua apreensão, considerando os fatores condicionantes e determinantes da saúde. E, dessa forma, mais recentemente, a inserção dos assistentes sociais em programas de residências multiprofissionais se apresenta como um processo fundamental para a formação do assistente social no âmbito das equipes interdisciplinares na saúde, construindo um fazer profissional no campo da política de saúde, vinculada aos interesses da população usuária, aos princípios do SUS e do Projeto de Reforma Sanitária construído historicamente. Possibilitando, assim, práticas democráticas em saúde, na perspectiva da integralidade do atendimento, e a emancipação dos sujeitos.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde vêm se constituindo um espaço privilegiado, integrando oportunidade de inserção, tanto na prática profissional em serviços do SUS, com preceptoria de profissional “staff”, quanto em qualificação teórica ampla, abarcando a totalidade dos processos relacionados à área em que se é especializando, com uma grade curricular completa e extensa, inclusive com a produção de projeto de pesquisa e a construção de trabalho de conclusão de curso.

A experiência profissional é intensa, devido à carga horária estabelecida para que esses residentes atuem nos serviços, com a vivência *in loco* e a possibilidade de articulação imediata da apreensão teórica para prática, impactando em desenvolvimento profissional muito oportuno, bem como contribuindo para a melhoria dos serviços prestados.

Muitos profissionais da área da saúde ainda desconhecem tal complexidade envolvida nos processos de residência profissional e isso faz com que, muitas vezes, não se atribuam aos Programas de Residência os devidos méritos a que fazem jus. Como qualificação profissional, muitas vezes esses programas são considerados apenas especializações e equiparados a cursos *lato sensu* com carga horária muito menor, além de complexidade e riqueza de conhecimento incomparavelmente inferiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S et al. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.



72 | RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS: EXPERIÊNCIA OU QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL?

CFESS/CRESS. Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS/CRESS. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf> Acesso em 26 de jan de 2016.

Ministério da Saúde. Secretária da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente na Saúde – Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanent+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. IN: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras) Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

BEHRING, E. R. Brasil em Contrarreforma: Desestruturação do estado e perda de Direitos, São Paulo, Cortez, 2008, 2 ed.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras) Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

BRASIL, Lei Organica da Saúde. Lei 8080/90 e Lei 8142/90.

BRAVO, Maria Ines de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al.(org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: DUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 356.

