



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Sexualidades.

Sub-eixo: Ênfase em Gênero.

## AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS COMO PERSPECTIVA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS

Luciana Rodrigues Gonçalves<sup>1</sup>

Cristiane Maria da Costa Fernandes<sup>2</sup>

Bruno Oliveira da Silva<sup>3</sup>

Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia<sup>4</sup>

Gabrieli Branco Martins<sup>5</sup>

### Resumo

A saúde é uma importante área de atuação para assistentes sociais. Em 2005, com a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde, foi oportunizado aos assistentes sociais se qualificar em diversas especialidades dentro da saúde. Este artigo visa discutir as Residências Multiprofissionais, como importante espaço de qualificação de assistentes sociais no campo da Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde; Serviço Social; Residências Multiprofissionais; Educação Permanente

### Abstract

Health is an important area for social workers. In 2005, with the creation of Multiprofessional Residences in Health, it was opportune to social workers to qualify in several specialties within health. This article aims to discuss Multiprofessional Residences as an important qualification space for social workers in the field of Health.

**keywords:** Cheers; Social service; Multiprofessional Residences; Permanent Education

## 1. Educação Permanente como instrumento de aprendizagem

A educação permanente em saúde é uma política direcionada para o processo de ensino-aprendizagem centrada no trabalho. Diferencia-se, portanto, da educação popular em saúde, pois, enquanto a primeira tem o foco na assistência direta, práticas e intervenções, a

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. E-mail: <flavia.melo.leonel@gmail.com>.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. E-mail: <flavia.melo.leonel@gmail.com>.

<sup>3</sup> Profissional de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. E-mail: <flavia.melo.leonel@gmail.com>.

<sup>4</sup> Profissional de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. E-mail: <flavia.melo.leonel@gmail.com>.

<sup>5</sup> Profissional de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. E-mail: <flavia.melo.leonel@gmail.com>.

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; não dispõe de uma metodologia de repasse de informações e conteúdos, e sim prioriza a crítica construtiva buscando a 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, no entanto, 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 lançam 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 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.

Não obstante, o campo da oncologia também se utiliza dos métodos referidos acima para incrementar o exercício dos profissionais que atuam na atenção aos usuários acometidos pelos diversos tipos de câncer. A educação permanente considera as dimensões da vida dos usuários para pensar sobre os processos de trabalho, assim como as relações vivenciadas por estes. Sendo assim, pode-se constatar que na atenção oncológica é fundamental a adesão da educação permanente, visto que os fatores ambientais, alimentares, habitacionais, laborativos, entre outros, são na grande maioria das vezes determinantes para o adoecimento, bem como, serão decisivos também após os procedimentos mais comuns realizados nas instituições de saúde voltadas para este fim. Em se tratando da vida, a dinamicidade das relações e seus desdobramentos é um vetor de extrema importância, logo, é necessário estar em constante análise das intervenções realizadas.

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: profissionais, denominados “preceptores” são colocados a repensar tais formas de trabalhar, bem como, a imensurável contribuição na trajetória de formação dos especializandos. A formação é um ponto que merece mais um destaque, só que agora na perspectiva dos profissionais. A educação permanente também foi elaborada visando, estrategicamente, a formação e 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, é um requisito para a titulação de especialista e que essencialmente está vinculado à 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 a reflexão e aprofundamento acerca da intervenção na realidade, considerando os elementos que permeiam a dinâmica contraditória da totalidade social que se articula com as particularidades do fazer profissional. Além do compromisso com qualidade da formação, para os assistentes sociais, a educação permanente se constitui como “instrumento fundamental de luta política e ideológica” (IDEM, p.16), à medida que este se ancora nos princípios do Projeto Ético-Político da profissão<sup>6</sup> e nos princípios da Reforma Sanitária<sup>7</sup> para expressar a direção social da profissão.

Cabe frisar que a constante colocação do trabalho em análise é precedido de uma equipe comprometida com o debate de ideias, em que irão surgir proposições de novas

---

<sup>6</sup>O Projeto Ético- Político do Serviço Social se articula com um projeto societário democrático com valores emancipatórios referentes à conquista da liberdade, da cidadania e a premissa da universalização de direitos (NETTO, 1999).

<sup>7</sup> A Reforma Sanitária baseia-se num conjunto de concepções e valores em torno da democratização da saúde na sociedade brasileira, bem como dos meios de concretizá-los, o que se expressa nos planos ideológico, jurídico, político, institucional e assistencial(BRAVO, MATOS, 2006).

maneiras de realizar ações e atividades. A gestão também desempenha um papel importante nesse caminho, bem como os espaços de reunião de equipe, criando um clima organizacional de horizontalidade nas relações de trabalho, em que será possível a efetivação de tais mudanças e incorporações de novas formas de fazer.

Finalmente, a educação permanente, como já fora dito anteriormente, pressupõe um conhecimento crítico oriundo das questões que emergem dos processos de trabalho, diferentemente, da educação continuada que possui contornos mais delimitados e definidos, conforme veremos a seguir.

A educação continuada é compreendida como todo o conhecimento adquirido após a graduação, com propósito de atualização e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. Conforme a Política Nacional de Educação em Saúde, a educação continuada é um tradicional recurso no setor de Saúde e se caracteriza por “representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização” (2009, p. 43). Por este motivo, a educação continuada produz uma distância entre a prática e o saber acadêmico

## **2. As Residências Multiprofissionais como perspectiva de qualificação profissional para os assistentes sociais**

O processo de redemocratização do país inaugurou uma nova fase da Política de Saúde que contou com a participação de diversos setores da sociedade civil. Houve um amplo debate sobre as condições de vida da população brasileira e ampliação significativa das propostas governamentais para a saúde.

A defesa e o posterior reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado-sociedade no Brasil a partir do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. (PAIM, 2008, pg. 294)

A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura, o tema Saúde e Democracia e estruturou-se na universidade, movimento sindical, movimentos sociais. Esse movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e pela primeira vez mais de cinco mil representantes de vários segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. Dentre estes atores participaram: os profissionais de saúde, movimento sanitário representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, partidos políticos e movimentos sociais (PAIM,2008).

A promulgação da Constituição de 1988 garantiu ao cidadão o direito à Saúde e, com ela, ocorreu a instituição de um novo modelo de gestão e atendimento com o direcionamento dos pressupostos da Reforma Sanitária, além da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Política esta que figura como integrante da Seguridade Social, caracterizada pelos princípios de universalidade, igualdade, integralidade e participação social, dentre outros.

O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado com a promulgação da Lei 8.080 de 1990, é uma formulação política e organizacional para o ordenamento dos serviços e ações de saúde. Propõe a universalização do direito à Saúde, através de um sistema racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas que tenham caráter democrático com a participação da população.

Os princípios que regem o SUS são a universalidade e equidade; integralidade, regionalização; descentralização; participação popular e política de recursos humanos. E os que regem a sua organização são regionalização e hierarquização; resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade. Tais princípios representam a lógica social do padrão de proteção social brasileiro.

Segundo Boschetti (2009) a lógica social é uma lógica de universalização de direitos sociais que não estão condicionadas à contrato de contribuição (lógica do seguro). A ampliação desta perspectiva “pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social”. (pg.05)

**Com isso, entendemos** o direcionamento assumido pela política de Saúde a partir do processo de redemocratização e consolidação das propostas da reforma sanitária, como experiência de ocupação dos espaços de controle e mobilização por direitos sócias, que trouxe rebatimentos na ampliação da cidadania e desenvolvimento de um seguimento da classe trabalhadora e, por conseguinte, ampliação das funções da regulação estatal na área da Saúde, assumindo um patamar diferenciado em relação as outras políticas.

A partir desta reflexão compreendemos que ao assumir o dever provimento das “condições indispensáveis para o pleno exercício” (BRASIL, 1990, artigo 2º) do direito à saúde, dentre outros direitos sociais, o Estado atende ao redirecionamento da classe dominante no que tange aos “aparelhos privados de hegemonia” com a perspectiva de ampliação da legitimidade e na luta pela hegemonia.

Para ratificar as referidas considerações, recorreremos a Paim (2008), que realiza amplo e complexo exame sobre a Reforma Sanitária, identificando-a como proposta “resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde” (pg. 173) e, simultaneamente, projeto (inscrito no marco da 8ª Conferência de Saúde), movimento e processo.

A obra do referido autor foi de suma importância para que fizéssemos a relação com o pensamento de Gramsci. Isto porque, nela o autor define a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como reforma social, em que se assentam as seguintes pautas (pg. 173):

- a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Arrematando o raciocínio, o referido autor demarca o caráter civilizatório do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) “articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo” (pg. 173), o que ratifica o potencial “cartático” deste movimento deste seguimento da classe trabalhadora. Esta experiência, ainda em curso com um complexo de limites e desafios, inspira a mobilização para a constituição do “bloco histórico”, sendo a hegemonia um elemento central na estratégia gramsciana de transição para o socialismo.

Sobre os limites de implantação desta política, Paim (2008) afirma:

Sem recusar as inovações institucionais decorrentes dessa “nova hegemonia” nem o alargamento das bases sócio-políticas da RSB com a entrada de novos atores na cena política, há que se registrar a insuficiência dos mesmos para sustentar o seu processo de modo orgânico ao seu projeto. Conseqüentemente, na discussão das estratégias voltadas para a RSB impõe-se reexaminar as suas bases sociais e políticas, bem como seus possíveis deslocamentos em distintas conjunturas. (pg. 283)

Desta forma, o postulado de integração entre as políticas públicas para o atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas da população, construído historicamente, vem sendo desconstruído por forças políticas e ideológicas neoliberais.

Assistimos nos anos 90 o redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. Apesar de o texto constitucional conter avanços, há um forte ataque por parte do grande capital. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos desta aliança.

Atualmente, pode-se observar o colapso que acomete a saúde pública por meio da situação caótica apresentada pelas instituições de saúde com a superlotação dos hospitais e a ausência de infraestrutura para um atendimento adequado da população. Além disso, as condições de trabalho precárias a que são submetidos os profissionais de saúde acaba por agravar ainda mais a situação.

De acordo com a realidade do município do Rio de Janeiro, por exemplo, conforme o Instituto Pereira Passos (2013), a despeito do novo perfil per capita dos mais pobres, a

distância entre estes e os ricos cresceu em virtude do aumento de renda dos demais estratos sociais nos últimos onze anos. O aumento de renda nas comunidades da cidade do Rio de Janeiro - inegavelmente impulsionado pelos programas de transferência de renda - não implica em melhores condições de vida para os seus moradores.

Assim, a implementação do projeto de Reforma Sanitária sofreu retrocessos significativos, o que impacta diretamente nas condições de mobilização da classe trabalhadora na medida em que tem efeitos sobre as possibilidades de reprodução da própria vida, se considerarmos o conceito ampliado de saúde, como “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” determinado pela OMS (1946).

Em concordância, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) determina:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (artigo 3º)

O processo de contrarreforma do Estado vem acompanhado de uma série de privatizações do setor público estratégico, ampliação da atuação da iniciativa privada, entrega de atividades administradas e financiadas pelo Estado a organizações sociais. Este processo tem ocorrido em todo o mundo em diversos graus e vem sendo orquestrado por organismos internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial de Saúde (BRAVO, 2007).

Assim, o SUS foi, e ainda é, alvo das contrarreformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando ao seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, ameaça aos direitos sociais, desregulamentação do SUS e trazendo prejuízos a classe trabalhadora, além de limitar o controle social e propicia o desvio de recursos públicos.

### **Considerações Finais**

A Constituição Federal de 1988, celebrando as conquistas do período de redemocratização brasileira na década de 80, afirma que a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Nasce assim a protoforma do Sistema único de Saúde que será consolidado e regulamentado pela Lei 8080/90, integrando o tripé da Seguridade Social (juntamente com as políticas de Assistência Social e Previdência)

Este preconiza a formulação e execução de políticas econômicas e sociais, por parte do Estado, visando a redução de risco a doenças e outros agravos, assegurando acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Artigo 2º, parágrafo 1º, Lei 8080/90). E tem como princípios organizativos a descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização (Artigo 7º, inciso IX, Lei 8080/90).

No que diz respeito às condições de saúde estão atreladas às mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos ocorridas na população brasileira nas últimas décadas. Tais transformações, como demonstra o texto em questão, colocam em evidencia as doenças crônicas não transmissíveis e, com elas, a necessidade de maior investimento no modelo preventivo de saúde, associado ao curativo.

São necessários investimentos no nível primário de atenção a saúde, tendo em vista a complexidade do cuidado de doenças crônicas como o câncer. Este possui múltiplos fatores de risco que poderão ser associados à qualidade de vida e ao acesso (ou o não acesso) a bens e serviços, tais como saúde, alimentação, esporte, lazer.

Para tanto, garantindo a integralidade dos cuidados nos diferentes níveis, torna-se necessária a participação de equipe multidisciplinar competente para o diálogo entre os níveis de atenção e entre os setores das políticas sociais públicas.

No tocante à vinculação histórica do serviço social com o campo da saúde, onde a apreensão teórico-metodológica esteve acompanhando o contexto sócio-político no âmbito nacional, as conquistas democráticas na área da saúde se deram lentamente, sobretudo, conforme exposto, após o processo de redemocratização no país, de forma em que a saúde passa a ser tomada sob uma perspectiva de integralidade. Neste sentido a vinculação do assistente social na saúde vai tomando outros caminhos, desta vez direcionados à proposta do Projeto da Reforma Sanitária, bem como ao Projeto ético-político profissional.

A inserção das assistentes sociais nas equipes interdisciplinares se deu como um caminho para possibilitar a contribuição na atenção à saúde de acordo com a proposta constituinte do SUS, no sentido de sua apreensão considerando os fatores condicionantes e determinantes da saúde. E desta forma, mais recentemente, a inserção dos assistentes sociais em programas de residências multiprofissionais se apresenta como um processo fundamental para o processo formativo do assistente social no âmbito das equipes interdisciplinares na saúde, construindo um fazer

profissional no âmbito 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.

## Referências

1. 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.
2. 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](http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf)> Acesso em 26 de jan de 2016.
3. 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+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. BRASIL, Constituição Federal de 1988.
8. BRASIL, Lei Organica da Saúde. Lei 8080/90 e Lei 8142/90.
9. 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
10. OMS-WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO) -1946, USP, Comissão de Direitos Humanos-Biblioteca Virtual de direitos Humanos, Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
11. PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: DUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.