

SAÚDE COMO DIREITO OU COMO BENESSE: A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DO PRMAPS ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO SERTÃO PARAIBANO

HEALTH AS A RIGHT OR AS A BENEFIT: THE PERCEPTION OF
MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS FROM PRMAPS ABOUT THE DEVELOPMENT
OF THE NATIONAL BASIC CARE POLICY IN THE PARAÍBAS'S COUNTRYSIDE

Carmen Silva Alves¹
Fernanda Valentim Dantas²
Joanne Days de Sousa Nobrega³

RESUMO: Os Programas de Residências Multiprofissionais na área da saúde, foram criados por meio da Portaria nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, em complementação a Lei nº 11.129 de 30 de junho do corrente ano. O processo de formação em serviço, vem trabalhando na perspectiva de consolidar e reafirmar os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, proporcionando qualificação profissional, dentro da perspectiva de direitos, mesmo em um cenário de intensas reformas do Estado. Desse modo, o escopo da presente pesquisa, visa trazer uma breve caracterização dos/das residentes entrevistados/as, além de tentar compreender como se dá a percepção destes profissionais a respeito das experiências vivenciadas no cenário de prática, relacionadas a condução da Política Nacional de Atenção Básica, enquanto fomento às práticas de direito ou bem-estar. Assim, para darmos concretude ao estudo, foi realizado uma pesquisa de campo, de cunho qualitativo e de caráter descritivo, a fim de interpretar os determinantes que nortearam o assunto a ser tratado, além de fazer um estudo bibliográfico referente às temáticas abordadas. A entrevista, do tipo estruturada, foi realizada com os/as residentes das turmas 2021.1-2022.1 totalizando 26 entrevistados/os. A pesquisa demonstra que apesar dos desafios postos pelas práticas de bem-estar e de compadrio nos cenários de prática, os/residentes, conseguem compreender a importância que as intervenções realizadas com os usuários da política nacional de atenção básica brasileira devem seguir a linha de viabilização e garantia de direitos.

Palavras-chaves: Residência. Multiprofissional. Atenção Primária Saúde.

¹Assistente Social. Mestre em Serviço Social. Docente do Curso de Bacharelado em Serviço Social – UNIFIP. Tutora do Núcleo de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7193-0676>

²Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP, Brasil; turma 2021.1. <https://orcid.org/0000-0002-3318-776X>

³ Assistente social pela Faculdade Integrada de Patos. Especialista em Saúde Coletiva (SES-PB) e Docência do Ensino Superior (UFCG). <https://orcid.org/0000-0001-7499-7905>

ABSTRACT: The Multiprofessional Internship Programs in the health area, were created by Amendment nº 2.117, on 03 of November of 2005, in complement of the law nº 11.129 from 30 of June of the same year. The training process that's ensuing, has been working in the perspective of consolidating and bringing forward the organizational principles of the Sistema Único de Saúde, providing professional qualification inside the perspective of rights, even in a scenario of intense state reforms. That way, the aim of the present research, is give rise to a brief characterization of the residents interviewed, while trying to comprehend how these professionals perceive the experiences they have been through in the practicing scenario, related to the conduct of the National Basic Care Policy, while promoting the practices of right or benefit. Henceforth, for us to give concreteness to the study, a field research was conducted, of qualitative nature and descriptive character, in order to interpret the elements that guide the treated subject, in addition to making a bibliographic study related to the themes addressed. The interview, of the structured type, was realized with the residents of the classes of 2021.1-2022.1, totalizing 26 interviewees. The research shows that in spite of the challenges posed by the practices of benefit and patronage in the practicing scenarios, the residents were able to comprehend the importance of the realized interventions with the Brazilian National Basic Care Policy must follow the line of enabling and guaranteeing of rights.

Keywords: Residency. Multiprofessional. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, os estudos de formação em saúde têm sido debatido em vários cenários, com o objetivo de quebrar com as práticas tradicionais vigentes no Brasil, no qual, ainda está hegemonicamente enraizado no modelo biomédico e hospitalocêntrico, centrado em demandas apenas curativistas, nas quais caracterizam práticas voltadas para a doença/pessoa doente, que na maioria das vezes, despreza a análise do conjunto de fatores que estão ligados direta ou indiretamente à fase de estar doente, dessa forma não cumpre com os princípios, diretrizes e ideais do nosso atual sistema de saúde.

Com o escopo de qualificar a formação profissional em serviço, cria-se e intensificam-se programas de formação em Saúde, na tentativa de ofertar e melhorar a qualificação dos trabalhadores para as demandas apresentadas do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, e conforme a Lei nº 11.129 de 2005, as propostas de educação em saúde e de qualificação dos recursos humanos é definida como Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, modalidade de Pós-Graduação *Latu sensu*, caracterizada pela “formação em serviço”.

O Programa de Residência Multiprofissional, oportuniza a inserção de novos profissionais de saúde junto as equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF),

o que, sem dúvida exige a compreensão ampliada de novas metodologias de educação em saúde, requerendo do profissional da área, não apenas a percepção e exercício prático do trabalho em equipe, mas, sobretudo, o entendimento de que a sua participação pode influenciar positivamente na gestão, na organização e no desenvolvimento do sistema público de saúde.

Assim, nosso interesse em realizar a pesquisa ocorreu em meio a inquietações vivenciadas no cenário de prática, relacionadas a condução da política de saúde, enquanto fomento às práticas assistencialistas, paternalistas e/ou conservadoras. Daí, surge a inicial formulação do nosso problema: saúde como direito ou como bem-estar?⁴

Essa, contradição, muitas vezes imperceptível na concretude das práticas das diferentes categorias profissionais, evidenciam o predomínio de metodologias e práticas conservadoras, engessadas em aspectos biológicos, na formação técnica, pragmática e fragmentada que, por consequência, podem levar a negligência dos aspectos sociais e econômicos frente a mecanização do processo de trabalho em saúde.

Desse modo, passamos a indagar e a inquirir internamente, se os demais residentes que compõem o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária a Saúde (PRMAPS), possuíam a mesma visão relacionando o seus respectivos cenários de prática. Formando-se assim, os seguintes objetivos: analisar a percepção dos residentes multiprofissionais do sertão paraibano acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir dos seus cenários de prática. Em seguida passamos a caracterizar o perfil dos residentes inseridos entre os anos de 2021-2022 no PRMAPS do sertão paraibano; buscando averiguar se os residentes compreendem as ações ofertadas nos cenários de prática a partir da PNAB, como sendo um direito ou um bem-estar; com isso, buscamos espelhar como Programas de Residência Multiprofissional, podem contribuir no processo de construção e formação desses profissionais.

Destarte, com transformações societárias vivenciadas nas últimas décadas e as mudanças na compreensão e reprodução do processo saúde-doença dos indivíduos, vale pensar que as práticas de saúde voltadas para o atendimento integral, universal, equânime e humanizado nos aproximam da relação teoria e prática, e nos estimulam a ter o pensamento crítico diante do surgimento de situações cotidianas vivenciadas nos cenários de prática dos

⁴ Bem-estar no âmbito dos estudos sociais, se caracteriza na oferta de serviços, enquanto regalias clientelistas e paternalistas, não se configurando como um direito legalmente garantido (COUTO, 2015).

trabalhadores da saúde. A atuação multiprofissional, conforme Andrade (2020), considera que o caráter multiprofissional de atendimento vai ao encontro da promoção e prevenção em saúde, por via da construção de estratégias de educação nessa área.

A relevância do presente estudo está em refletir e demonstrar respostas que subsidiem, novos residentes, profissionais de saúde, gestores e novos profissionais que ingressarem no processo formativo multiprofissional em Saúde.

Por fim, atentamos as orientações que Lima (2007) considera salutar para a formação de profissionais que possam apreender o processo de educação permanente e o desenvolvimento de práticas que envolvem o perfil e a quantidade de profissionais, como variáveis que podem subsidiar a qualidade do ensino e os serviços prestados a população, sendo a Residência Multiprofissional, um dos principais tipos de especializações, que qualifica essas relações sociais e as próprias condições de trabalho e ainda, incentiva à participação social dos trabalhadores no contexto social, político e econômico.

Com o intuito de dar exequibilidade a esta pesquisa, enfatizamos a importância da realização de estudos que possam subsidiar as equipes de saúde, especialmente, tratando-se de uma experiência prática que eleva a possibilidade de efetivação das ações no âmbito das políticas sociais, em especial a política de Saúde, tendo o Sistema Único de Saúde como seu maior expoente.

2. Percurso sócio histórico da política de saúde brasileira

A fim de compreender o delineamento assumido pela Política de Saúde na contemporaneidade, é substancial trazer reflexões acerca dos aspectos sócio históricos presentes em sua construção, implementação e consolidação enquanto política pública, assumindo um viés de direito universal.

No Brasil, as primeiras intervenções da saúde foram dadas por meados da segunda metade do século XX, com a implementação da Lei Elói Chaves, que estabeleceu uma espécie de seguro social, denominada de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), datando o marco inicial da Previdência Social brasileira, porém, o público beneficiário era prioritariamente os trabalhadores formais, tendo uma perspectiva segregacionista e excludente, Conforme Bravo, (2009, p. 90), as CAPs,

Eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. [...] Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de

medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.

Ainda, de acordo com BRAVO (2009), nas décadas seguintes, tivemos uma maior intervenção do Estado no âmbito da Saúde. Neste cenário, vivíamos um processo de intensa industrialização e redefinição do papel do Estado, o percurso histórico exigia respostas em relação às reivindicações da classe trabalhadora e também, possibilitou o surgimento de políticas sociais a fim de dar respostas às questões sociais que se apresentavam na época. Neste momento da história, a saúde era subdivida em dois setores, a previdenciária voltada apenas para trabalhadores formais, e, a saúde pública com viés higienista e curativista.

Conforme Netto (2005), tomando por base Florestan Fernandes (1975), em meados da década de 1960, é estabelecido no Brasil o início da “autocracia burguesa⁵, a qual delineou-se de forma aberta, constituindo no mesmo curso do seu desdobramento um regime ditatorial e terrorista, que assinalou na totalidade da sociedade brasileira uma funda inflexão, afirmando uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que acabou por modelar um país novo (NETTO, 2005, p.15). Para Bravo, esse período adensou e intensificou os problemas estruturais do setor saúde, tendo em vista que o Estado

Utilizou para sua intervenção o binômio repressão assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p. 93).

Nesta ocasião, para além das problemáticas sociais oriundas do modelo repressivo do Estado Autocrático, acentuava-se as reivindicações no setor da política de saúde, a qual enfrentava diversas pressões populares que pleiteavam o aumento dos serviços, a maior viabilidade de recursos financeiros com vistas ao modelo existente. Nesse decurso, o modelo vigente ainda era o de Previdência Social, por meio de ações curativas, biomédicas e seletivas comandadas por setores de interesse para o grande capital da época.

Defronto aos intensos conflitos e a uma estrutura ineficiente médico-industrial embasado em uma cobertura regulada e seletiva, iniciou-se na década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária. Mesmo em um período de efervescência da ditadura militar, o MRS constrói um processo de resistência em defesa de um modelo ampliado de saúde,

⁵ Autocracia burguesa - é uma expressão do sociólogo Florestan Fernandes, para designar a influência de um grupo, a burguesia, no poder e no desenvolvimento do capitalismo brasileiro. A autocracia burguesa não é um regime político, mas o processo como se dá a tomada de decisões em termos de políticas públicas, a partir da posição da burguesia, que por sua vez é influenciada pelo imperialismo dos países centrais. Disponível em <https://www.significados.com.br/autocracia/>

intensificando as reivindicações reformas políticas no âmbito da saúde pública brasileira.

Defendendo a perspectiva da gestão participativa na saúde, as propostas para a composição de um novo modelo de saúde foram construídas coletivamente tendo participação de diversos setores da sociedade, dentre eles: profissionais da saúde, sindicatos e movimento sanitário, partidos políticos, etc. De acordo com Bravo (2009, p. 96), destacaram-se como princípios da Reforma Sanitária:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde.

Assim, os modernos princípios da Reforma Sanitária, passaram a guiar o conceito ampliado de saúde, cuja demanda requer estruturar novas formas de educação em saúde, exigindo profissionais de não apenas compreensão do saber específico e trabalho em equipe, mas, principalmente, tendo o entendimento de como a sua participação pode contribuir na gestão, organização e desenvolvimento do sistema público de saúde.

O alcance dos objetivos iniciais do projeto de reforma sanitária ganham um novo capítulo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), tendo parte do texto elaborado no referido evento incluído em partes da Constituição Federal de 1988, no Contexto da Seguridade Social que incorpora a política de saúde, assistência e previdência social. Ademais, foi delineado o novo conceito ampliado de saúde, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde [...]” (BRAVO, 2011, p. 110-111).

Com a promulgação da Carta Magna de 1988, foram alcançados valiosos avanços no que concerne às relações de construção e implementação de políticas públicas e sociais para a classe trabalhadora, no setor saúde que é o cerne dessa pesquisa temos a universalidade, integralidade e equidade com valor central dessa política pública.

Conquanto, é importante ressaltar que este não foi um processo histórico que não aconteceu do dia para noite, existiram diversos percalços e sangue derramado até chegar ao início da construção de modelo de saúde hoje existente, não foi um movimento passivo, se configurou e ainda se configura como um processo de lutas e resistências, permeado por contradições e antagonismos, na consolidação e garantia dos direitos sociais da classe trabalhadora.

Em consonância com o Art. 196 da CF/1988, podemos visualizar um grande salto no conceito de saúde. Entende-se e que constituição cidadã, trouxe a ampliação do conceito de saúde, elevando os olhares para o campo dos determinantes sociais e condicionantes em saúde, em busca de compreender o usuário em sua magnitude, analisando onde e em qual grupo social ele ou ela está inserido, quais as condições que eles/as possuem, quais são modos e meios de vida singulares, e assim, possam compreender como se dá o processo de saúde-doenças desses sujeitos.

No que concerne ao panorama jurídico, tem-se o alinhamento dessa política com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). A regulamentação da Lei 8.080/90, estabelece como diretriz do Sistema Único de Saúde a formação e qualificação dos recursos humanos dos/as trabalhadoras/as de saúde.

Sendo assim, a LOS, atende ao artigo 27 inciso I, da CF/1988, que ressalta a necessidade de “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal [...]” (BRASIL, 1988), reforçando assim, a importância de criação do SUS, e reitera a obrigatoriedade de qualificação em saúde, a qual deverá ser ofertada por todas as esferas de governo, através de articulação das políticas, programas e projetos em recursos humanos.

A premência para formação dos recursos humanos sempre foi enfatizada nos momentos de diálogos nas Conferências de Saúde, trazendo a precípua necessidade de discussão da temática. Ademais, ainda no início da década de 1990, tivemos a criação de alguns programas, dentre eles Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1993, tais programas exigiam o desenvolvimento de capacitação essencialmente pela lógica que traziam, com cerne na saúde pública e na atenção básica, mesmo o contexto social da época sendo permeados de contradições e ideias neoliberais objetivo de qualificação referenciada em saúde seguia dentro das agendas públicas (BRASIL, 2006).

Em 1999, surge uma proposta de planejamento e criação de Programas de Residências em Saúde da Família, a qual aparece com o intuito de formar um modelo de Residência Multiprofissional, tendo por objetivo atender ao público de forma integral. Tal projeto,

nasceu a partir da articulação, do então, Departamento de Atenção Básica, o qual estava vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, articulados aos representantes do movimento sanitário (BRASIL, 2006).

[...] A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e ao acolhimento (BRASIL, 2006, p. 06).

Neste momento, a construção em formação profissional no SUS consiste em estruturar os primeiros elementos formativos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, na contramão do avanço progressista da saúde temos a ampliação das ideologias do neoliberais e os projetos de reformas e contrarreformas do Estado acentuam o interesse pela privatização da saúde.

2.1. Os Elementos constitutivos para formação em saúde: A construção das Residências Multiprofissionais

Com as diversas transformações ocorridas nos pós 1988 no campo das políticas sociais, tivemos mudanças que rebateram diretamente na gestão do trabalho no SUS e na formação profissional, tendo como marco os anos 2000, a reformulação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RHSUS), esta reformulação veio instituir os “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”.

Para além dessas transformações, foram aprovadas no início dos anos 2000, resoluções e diretrizes curriculares para diversos cursos da área da saúde, fato que reflete no progresso e na atuação profissional desses profissionais. O propósito dessa modificação foi atender às novas demandas existentes nos processos de trabalho da contemporaneidade.

Assim, foram iniciados os trâmites para elaboração e construção das diretrizes curriculares para os cursos de residência multiprofissional, publicadas em 2001, tendo como base as configurações e resoluções postas pelo Conselho Nacional de Educação, contando com ajuda de diversos setores da sociedade, dentre eles: Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), além do apoio fundamental do próprio Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2006)

De frente a um contexto em que é discutido o perfil profissional para os serviços ofertados no SUS, embasado na perspectiva da promoção e educação permanente em saúde, o Ministério da Saúde, ainda em 2001, traçou estratégias de financiamento e organização para criação de 19 programas de residências multiprofissionais em saúde da família, almejando a formação qualificada dos recursos humanos na área da saúde.

No tocante ao avanço da educação permanente, durante o primeiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na qual consolidaram a NOB/RH-SUS (2000), posteriormente foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004, conforme:.

[...] O Departamento de Gestão da Educação passa a desenvolver suas ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo CNS. A SGTES propõe a criação da Comissão de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), a ser também criada [...] (BRASIL, 2006, p. 06-07).

Temos pois, que na primeira gestão do Presidente Luis Inácio Lula, foram dados os primeiros passos para a construção das estruturas basilares das Residências Multiprofissionais do Brasil, sendo considerado um grande salto no processo formativo dos profissionais da saúde, além de ter sido uma manobra estratégica para a valorização da classe trabalhadora. Essas manobras trilham caminhos para a formação qualificada dos recursos humanos voltadas a atender as demandas do SUS e são mantidas até os dias atuais.

Partindo do pressuposto de alinhamento e construção dessas estratégias, a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, em seu Art.13, assegura:

Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica.

Para além, das normativas postas na lei, foi instituído que os programas de residência devem atuar junto a rede intersetorial, com o intuito de articular a formação profissional e mercado de trabalho. Implementa, também, o Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho, tendo o programa de residência o regime de dedicação exclusiva, oportunizando ao residente o recebimento de bolsa (BRASIL, 2005).

Posteriormente, foi instituída Portaria de nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, trazendo o aparato legal para o surgimento das Residências Multiprofissionais de saúde,

conforme diz seu Art. 1º:

Instituir, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, do Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde, para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Em consonância com a portaria supramencionada, os programas de residência devem ser organizados e estabelecer seus projetos de implantação, seguindo os requisitos sociais, regionais e de saúde das regiões que irão receber tais programas, a fim atender as necessidades de saúde daquela determinada região (BRASIL, 2005).

Em 2007, houveram mais avanços na consolidação e construção dos programas, sendo decretada a Portaria Interministerial do MS/MEC nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que estabeleceu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, trazendo direcionamento de para seu financiamento, atribuições e composição. Proporcionando aos Programas de Residências Multiprofissionais, ofertar formação profissional para as seguintes categorias: Biomedicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Cabendo a instituição escolher quais profissionais poderiam participar dos processos seletivos. Dando aos programas de Residências na Área Profissional da Saúde o reconhecimento como um curso de especialização, caracterizada pela junção do ensino em serviço, tendo carga horária semanal entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas.

Quando fazemos a comparação com outros programas de pós-graduação *lato sensu* dessa área, a Residência Multiprofissional vêm trazendo várias aspectos positivos, dentre eles: a dedicação exclusiva ao processo formativo; o recebimento de bolsa educação pelo trabalho; a articulação entre setores da saúde e educação; no processo formativo em serviço; novos cenários de prática; na articulação do ensino, da pesquisa e da extensão; na conexão entre graduação com a pós-graduação; na relação dialógica entre profissionais e comunidades; no desenvolvido de metodologias ativas de trabalho, entre outra práticas pedagógicas.

Desse modo, é possível compreender que o conjunto de iniciativas que almejam a formação da Residência Multiprofissional é algo recente e pouco debatido. O diferencial da a Residência Multiprofissional está na “formação em serviço multiprofissional”, a qual,

oportuniza a relação dialógica e proporciona ao profissional o compartilhamento de saberes, além de uma formação profissional com viés biopsicossocial, voltado para construção da clínica ampliada e viabilização dos direitos sociais.

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e de cunho qualitativo, com subsídios de dados estatísticos apenas para fins de caracterização da amostra. Seu conteúdo busca apresentar os determinantes que nortearam o assunto proposto para debate.

Obedecendo aos critérios propostos para a inclusão dos participantes, a referida pesquisa contou com 26 profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, cuja as equipes estão instaladas nos municípios de Malta, Patos, Pombal, Princesa Isabel, Quixaba, São Bentinho e Santa Luzia, inseridas no PRMAPS, respectivamente, nos semestres 2021.I e 2022.I.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um formulário produzido pelo aplicativo *Google Forms*, cujo o conteúdo foi estabelecido previamente com perguntas semiestruturadas, sendo disponibilizado acesso dos respondentes ao pesquisador através do *Google Meet*. O questionário ficou virtualmente disponível entre os dias 14 de outubro de 2022 ao dia 29 de novembro de 2022, o acesso dos participantes ocorreu de forma voluntária, através do *link* fornecido pelo próprio aplicativo, no qual constava também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinatura prévia dos residentes participantes.

A realização desta pesquisa foi precedida da apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos – UNIFIP com o parecer favorável a sua realização sob o número 5.679.133.

Inicialmente, os dados coletados foram compilados e organizados no programa *Microsoft Excel* versão 2021 *online*, com base nas informações dispostas no formulário do *Google Forms*, seguindo-se com sistematização dos mesmos para fins da análise.

A posteriori, os dados que categorizaram elementos do perfil dos participantes foram demonstrados na forma de tabelas e gráficos, seguindo-se da análise dos elementos de

categorização descritiva, cuja a análise baseia-se no método crítico-dialético⁶, proposto por Karl Marx (1818-1883). Tal método, permite-nos analisar historicamente as contradições presentes numa sociedade madura, perpassada por episódios de desigualdades sociais e assim, nos possibilita transitar entre a teoria e a prática, como forma de auxiliar na compreensão da realidade e em toda sua complexidade.

O presente estudo ficou dividido em dois eixos, o primeiro tem o intuito de trazer a caracterização dos/das residentes que fazem parte do programa através da análise descritiva dos dados produzidos no âmbito da pesquisa. O segundo visa analisar se esses profissionais e seus cenários de prática conseguem perceber se as intervenções e ações dentro da Política Nacional de Atenção Básica é vista como direito ou benesse, fazendo articulação com teóricos que possam trazer subsídios para fundamentar as respostas encontradas no transcorrer desse trabalho.

2.1 Caracterização dos Residentes inseridos no Prmaps do Sertão Paraibano

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (PRMAPS) instaurando no Centro Universitário de Patos (UNIFIP), enquanto instituição formadora, atende aos municípios previamente conveniados no sertão da Paraíba, incluindo-se até o momento desta pesquisa as cidades de Malta, Patos, Pombal, Princesa Isabel, Quixaba, São Bentinho e Santa Luzia

O PRMAPS, vêm oportunizando a inserção de novos profissionais de saúde junto as equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos municípios elencados a cima. O que, sem dúvidas, favorece o desenvolvimento de novas práticas em saúde, além de instigar a aplicação de novas metodologias em saúde que favoreçam tanto os gestores, como também os profissionais da região, assim como os usuários do SUS.

Assim, esse eixo foi pensado com base nas análises dos dados a partir das entrevistas realizadas com os/as residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde (PRMAPS) no Sertão Paraibano, tendo o intuito de trazer reflexões a partir de uma perspectiva crítico dialética, a respeito da formação profissional dentro de um processo formativo de ensino em serviço e tentar compreender se esses indivíduos

⁶ A escolha do método de análise se bobjetivoaseia nas orientações de Netto (2009), que sinaliza: o método do materialismo histórico dialético proposto por Marx (1818-1883) tem o objetivo de traduzir com os fenômenos sociais da burguesia a partir de categorias sociais complexas, afim de apreender a essência do ser e das coisas e, desse modo, interpretar a sociedade com um movimento concreto, real e dialético.

vislumbram Política Nacional de Atenção Básica como Direito ou Benesse.

Inicialmente, buscamos elencar características próprias dos respondentes que compuseram a amostra da pesquisa, afim de traçar o perfil sociodemográfico dos/das residentes que fazem parte do programa.

Tabela 01- Perfil sociodemográfico dos residentes do PRMAPS

Variáveis	Caracterização	n	%
Gênero	Feminino	19	73,1
	Masculino	7	26,9
Orientação afetivo-sexual	Heterossexual	15	62,5
	Homossexual	5	20,8
	Bissexual	4	16,7
Idade	23 a 26	14	53,8
	27 a 30	7	34,6
	32 a 38	3	11,7
Estado Civil	Solteiro	23	88,5
	Casado	3	11,5
Raça-Etnia	Branco	12	42,4
	Pardo	11	46,1
	Preto	2	7,9
	Outros	1	3,6
Formação	Psicóloga	6	23,0
	Assistente Social	5	19,2
	Fonoaudiólogo	4	15,3
	Enfermeiro	3	11,5
	Educador Físico	2	7,6
	Médico Veterinário	2	7,6
	Outros	3	11,5
	Não respondeu	1	4,3

Fonte Primária, pesquisa de campo, PRMAPS, 2022

Analisando os dados de caracterização do perfil sociodemográfico dos residentes avaliados, temos a predominância do gênero feminino, com 73,1% das entrevistadas nas diferentes categorias profissionais do programa de residência deste estudo, tendo apenas 26,1% do gênero masculino.

No concerne às questões de orientação-afetivo sexual, os dados demonstram que 62,5% são heterossexuais, 20,8% são homossexuais e 16,7 têm orientação bissexual. A faixa etária dos residentes de 23 a 38 anos de idade. Quanto ao estado civil, temos 88,5% solteiros/as e 11,5% casados/as.

O censo do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2020, reforçou a representação dos dados, que demonstram os maiores índices do gênero feminino no seio acadêmico, tendo um aumento de 72,8% , caracterizado pelo processo de mudanças nas relações de gênero, reforçada pela inserção feminina no mercado de trabalho.

IMAGEM 01 - Participação percentual do número de matrículas em cursos de Graduação em Licenciatura, por sexo, organização acadêmica, categoria administrativa e modalidade de ensino – 2020

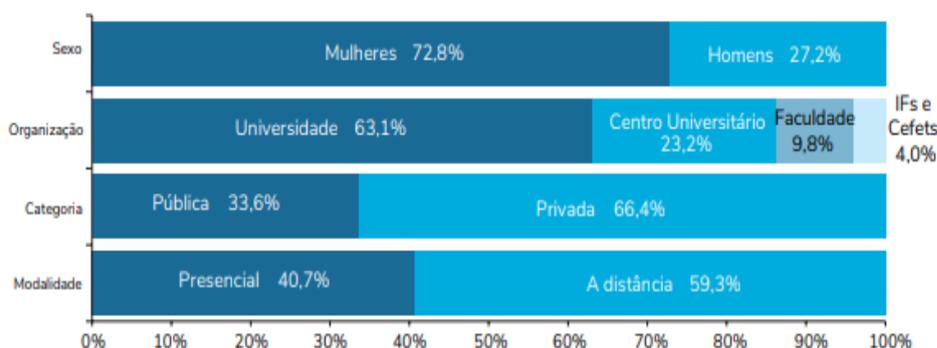


GRÁFICO 18

PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM LICENCIATURA POR SEXO, ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA, CATEGORIA ADMINISTRATIVA E MODALIDADE DE ENSINO – 2020

Fonte: Elaboração própria.

Fonte Secundária: INEP - Censo da Educação Superior, 2020 notas estatísticas⁷

Quanto ao quesito raça e etnia, 42,4% se autodeclararam brancos/as, 46,1% pardos/as e apenas 7,9% se autodeclararam pretos/as, ainda que em menor número de disparidade, o perfil apresentado nesta pesquisa, corrobora com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) que sinaliza no tocante as dificuldades vivenciadas por homens e mulheres pretos (as) no processo de formação profissional.

Esses fatores, acirram o processo das desigualdades sociais, que dão concretude a nossa organização social, pois apesar da ampliação dos programas de incentivo a inserção dos filhos(as) da classe trabalhadora no ensino superior por meio de programas governamentais, ainda temos um branqueamento das universidades, principalmente nos cursos na área da saúde, deixando a esse grupo social empregos aos níveis mais baixos de educação (IBGE, 2018).

Sem dúvida, ressaltamos essa lacuna perpetrada pelo processo sócio histórico brasileiro, que torna determinados grupos sociais mais suscetíveis aos agravos das expressões da questão social, o que envolve falta de moradia, condições mínimas de sobrevivência, pouco acesso ou nenhum à educação de nível médio e superior, e

⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-da-educacao-superior/resultados-do-censo-da-educacao-superior-2020-disponiveis>

consequentemente maior dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, tornando-os susceptíveis à recorrência de suporte governamental no âmbito das políticas públicas e sociais.

Quanto às profissões dos entrevistados temos como mais representativas, os profissionais de Psicologia representando com 23%, seguido pelos profissionais de Serviço Social com 19,2%, e os profissionais da Fonoaudiologia com 15,3%. Para completar a amostra contamos ainda com a colaboração de profissionais da Enfermagem com 11,5%, Educadores Físicos 7,6%, Médico Veterinário, além de 11,5% de pessoas que colocaram como outros e 4,3% preferiram não colocar qual seria sua profissão. Dos/as residentes entrevistados/as, apenas 30% concluíram a graduação e adentraram em seguida no Programa de Residência Multiprofissional, como bem demonstra os dados da tabela 02.

Tabela 02- Perfil acadêmico e ocupacional dos residentes do PRMAPS

Variáveis		n	%
Ano de conclusão da graduação			
2013		1	3,9
2015		1	3,9
2016		1	3,9
2017		4	15,3
2018		2	7,7
2019		6	23,1
2020		3	11,5
2021		5	15,3
2022		1	3,9
Não responderam		3	11,5
Ano de ingresso da residência			
	2021	14	53,8
	2022	12	46,2
A residência foi seu primeiro emprego			
Não		24	92,4
Sim		2	7,6
Você possui ou faz outra especialização			
Sim		17	65,4
Não		9	34,6

Fonte Primária, pesquisa de campo, PRMAPS, 2022

Em relação aos motivos de estarem em programa de residência multiprofissional os entrevistados relataram que:

Experiência na assistência com ênfase na saúde primária pela perspectiva da aprendizagem, titulação e recurso financeiro (R3)

Em busca de uma especialização capaz de proporcionar aprendizado a partir da análise crítica da realidade e dos contextos de trabalho. (R13)

Interesse pela área de saúde da família, bem como a boa remuneração. (R1)

Especializar, ganhar mais conhecimentos, vivências e contribuir com informações e assistências qualificadas (R8).

Analisando os relatos é possível vislumbrar os interesses dos profissionais de apreender e ampliar a visão do conceito saúde, vejamos a seguintes descrição do residente o8:

A experiência profissional, consigo aprender muitos com as outras categorias e também passar sobre a minha para os colegas. A população ganha muito também com o serviço desses profissionais nas unidades de saúde e demais equipamentos que compõem a rede de saúde (R8).

Além de buscar experiências e conhecimento para melhores intervenções no seu fazer profissional, o PRMAPS atende ao que está previsto em lei, pois oportuniza a inserção para qualificação de diferentes profissionais da saúde e em especial atende a uma demanda recorrente nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, assim como previsto na organização do Sistema Único de Saúde.

2.2 Percepção dos residentes multiprofissionais do Sertão Paraibano acerca da Política Nacional de Atenção Básica a partir dSeus cenários de prática

Aqui, buscamos responder ao nosso principal questionamento da pesquisa: os serviços são ofertados, no âmbito municipal, enquanto um direito ou enquanto benesse? Durante os ensaios dos resultados das entrevistas, algumas questões levantaram inquietações, dentre elas as práticas de políticas assistencialista, clientelistas e de favores nos cenários de prática dos residentes, conforme historicizam,

Apoiada por décadas na matriz do favor, do clientelismo, do apadrinhamento e do mando, que configurou um padrão arcaico de relações, enraizado na cultura política brasileira, esta área de intervenção do Estado caracterizou-se historicamente como *não política*, renegada como secundária e marginal no conjunto das políticas públicas (COUTO, YAZBEK e RAICHELIS, 2012, p. 55).

Este cenário marcou a sociedade brasileira por décadas, e, ainda assola o país na contemporaneidade implicada em diferentes formas de abordagens, a depender dos aspectos regionais. Entretanto, é notório que várias lutas sociais fizeram e permanecem fazendo parte de resistência nesse processo. Diante dos vários processos de lutas descritos ao longe desse trabalho, podemos vislumbrar algumas conquistas, dentre elas a promulgação da CF/1988 a construção de seu em seu Art. 196 que coloca que a saúde como sendo “Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Essa perspectiva gerou diversos desafios, especialmente no âmbito da esfera social, passando por intensos conflitos, impulsionados por interesses da sociedade capitalista e pelo avanço de políticas compensatórias, focalizadas, fragmentadas e seletivas deixando de lado o caráter transformador das políticas sociais do pós Constituição Federal de 1988 (COUTO, 2015), as quais permeiam a exigibilidade do acesso à saúde, a previdência e à assistência social.

Esses conflitos, rebatem diretamente no processo de trabalho das diferentes categorias profissionais que compõem a RMAPS, trazendo para esse meio, vivências experienciadas que retomam as práticas de cunho conservador, assistencialista e de compadrio.

Porquanto vejamos o que se depõem na representação das falas dos residentes 08,19 e 16, ao relatarem sobre esse tipo de situações em seus cenários de prática:

[...] Durante esses quase dois anos que estive no meu setor de atuação, eu e minha equipe percebemos as dificuldades encontradas para garantir o direito dos nossos pacientes, aqui, a política fala bem mais alto, o seu título de eleitor e quem você apoia na política que garante se você vai ter acesso ou não a determinados serviços. (R8).

Na cidade x, um paciente para conseguir ter acesso a um exame de alta complexidade foi necessário que a família recorresse ao gabinete do prefeito. O familiar veio até a mim questionar por que um paciente com câncer avançado precisaria passar por tudo isso para conseguir um exame. Na outra semana, tivemos um evento de promoção de saúde na unidade junto a coordenação de atenção básica e os direitos dos pacientes oncológicos foram debatidos [...]. (R19).

Durante as reuniões de equipe alguns profissionais relataram a ineficiência do SUS e que preferiam sempre que necessário fazer o uso do sistema privado de saúde, em diversos momentos eles reforçaram as falas: não gosto de dever favor a ninguém e trabalho para ter dinheiro e não precisar desse tipo de coisa; privatiza que melhora. E a gente da residência por diversas situações ficamos calados pelas dificuldades de diálogo com alguns membros da equipe (R16).

O cenário da política brasileira é demarcado por um percurso histórico tomado de decisões pelo alto e escravidão, com uma linha antidemocrática e capitalista. Podemos perceber a raiz da matriz do conservadorismo, presente na construção de nossa sociedade, marcada pela cultura do favor e compadrio, fato ainda presente na realidade de algumas cidades interioranas.

Silva (2014, p. 125), ressalta que, a figura do clientelismo está arraigada na cultura política Brasileira, pois “nossa história é permeada por uma cultura política em que aquilo que é direito assume a forma de benesses, de concessões”. Ainda, disserta que:

As formações sociais e política brasileiras, calcadas em uma base escravagista e marcadas por relações clientelistas, não favoreceram a construção de espaços democráticos e de lutas por direitos e cidadania. Ao contrário, no Brasil, vivenciou-se uma lógica invertida na instituição de direitos, como a de concessões e benesses (SILVA, 2014, p. 29).

Desse modo, as ações de cunho clientelista, de compadrio e favores permeiam a história do Brasil, tendo as políticas sociais como uma resposta às lutas da classe trabalhadora, que vivenciam as intensas e mais agravadas expressões da questão social.

Trazendo mais uma das falas dos entrevistados, podemos compreender como eles vislumbram esses processos no interior de seus cenários de prática, e como a experiência de ser residentes pode trazer reflexões a acerca desse processo:

Extremamente relevante, uma vez que nós como profissionais de saúde temos oportunidade de vivenciar e atuar no que o SUS preconiza para a Atenção Primária, sem temer os "mandados" da gestão que geralmente interfere na atuação profissional dos funcionários contratados. O conhecimento adquirido e a oportunidade de realmente estar inserido nos preceitos do SUS de forma integral sem intervenção da gestão (R25).

Desta maneira, frente às dificuldades, uma das manobras estratégicas da população, na contemporaneidade, consiste em buscar ajuda junto aos representantes políticos a fim de ter acesso aos serviços públicos de saúde. Tal processo, rebate nessa teia de relações clientelistas e de apadrinhamento e os direitos da classe que vive do trabalho fica deixado em segundo plano, colocando a população em um papel de lealdade e compromisso com os políticos facilitadores de acesso a tais serviços.

Yazbek (2009, p. 170) aponta que, as demandas não politizadas abrem o caminho para a apropriação clientelista no trato da questão social, que vai transformar em relação de favor o que é direito". A autora ainda disserta que se faz necessário compreender que o acesso aos serviços públicos através de práticas clientelistas é de caráter momentâneo.

Ações que levam essas linhas podem até dar uma resposta satisfatória à determinada necessidade imediata, não garante que possíveis demandas futuras serão atendidas e nem atinge o cerne da questão social. Ademais, evidencia o traço individualista e fragmentador da própria classe trabalhadora. A cultura da política gerencial do Brasil reforça o não reconhecimento da classe em si, provocando a desarticulação política destes e dando espaço para dominação.

Em conformidade com Yazbek, o clientelismo retrata "um padrão arcaico de relações que fragmenta e desorganiza os subalternos ao apresentar como favor ou como vantagem

aquilo que é direito” (2009, p. 52). Partindo desse pressuposto e trazendo reflexões de COUTO (2015), podemos compreender que:

O peso dessas afirmativas recoloca a necessidade de, alimentados pelo pensamento crítico, recompor as análises que possibilitam retomar esse debate a partir da categoria classe social e dos determinantes ideopolíticos que condicionam a vida da classe trabalhadora nas sociedades capitalistas. A tentativa de homogeneizar a vida na sociedade capitalista aponta para a barbárie, despolitiza e empobrece a existência daqueles que vivem do seu trabalho. Reconhecer os limites e as possibilidades impostas pela luta diária recoloca a necessidade de realimentar o campo das políticas sociais, entre elas a assistência social, com potência para disputa.

Desse modo, pode-se perceber que a política como benesse ou moeda de troca, ainda se faz presente no âmbito das políticas sociais, mesmo não existindo de forma tão aparente o voto de cabresto ou a política como moeda, em diversos municípios, especialmente do interior da Paraíba, ainda é perceptível que essas práticas acontecem de forma “naturalizada”, como bem diz o entrevistado R26: “Enquanto a população não entender o poder que elas têm nas mãos coisas como tais ainda vão acontecer”.

Diante do processo de naturalização das práticas assistencialista, temos na contrapartida processos formativo que vão na contramão de tais práticas, vale ressaltar que essa modalidade de formação multiprofissional com a junção entre ensino e serviço da saúde, emerge em um cenário de contrarreforma do Estado e de desmonte dos direitos sociais, surge como um programa dinâmico e inovador, na tentativa de articular saberes e atender as diversas demandas da saúde pública brasileira, tendo elementos que se tornam necessários para formação profissional qualificada, crítica e propositiva no âmbito das diversas profissões (ANDRADE, 2015). Vejamos as considerações deste residente em relação a sua experiência em seu cenário de prática:

[...] Mesmo com algumas problemáticas, a partir da fala de nossos pacientes, ficamos felizes que podemos trazer além do cuidado, a informação e uma assistência para eles. Uma senhora Y me disse que após uma atividade (sala da espera) da assistente social, ela foi atrás de seu BPC [...] (R14).

As REMU, ainda caminham para a construção dos primeiros passos para uma formação que deve ser permanente, gratuita e de qualidade, que tem o objetivo de melhorar a assistência e dar um suporte mais crítico e qualificado aos serviços prestados no Sistema Único de Saúde brasileiro (ANDRADE, 2015). Tal assistência visa atender às necessidades e direitos dos usuários, propiciando que a equipe de residentes sejam os profissionais de referência e suporte técnico das unidades. O residente 13, fala um pouco de sua experiência

[...] no processo de residência temos espaço para a realização de ações diversificadas, como a estratégia dos grupos, por exemplo, que considerem as diversas subjetividades e realidades dos usuários, trazendo a ideia de direito destes (R13).

As atividades de humanização e de educação em saúde (como feira de saúde, criação de grupos, oficinas e palestras educativas) nos cenários de prática também contribuem para a construção coletiva e social dos direitos dos usuários do SUS. Entendendo que REMU, não é apenas um processo formativo e coletivo para profissionais, mas também para a população da região adscrita da equipe.

Um dos entrevistados, falando desse processo educativo e compreensão do espaço no qual está inserido, fala um pouco de como a REMU veio contribuir no seu processo formativo e como ele percebe esse processo.

Sem dúvidas é uma experiência riquíssima de experiência profissional, consigo aprender muitos com as outras categorias e também passar sobre a minha para os colegas. A população ganha muito também com o serviço desses profissionais nas unidades de saúde e demais equipamentos que compõem a rede de saúde (R02)

Em conformidade com Andrade (2015) e partindo das falas dos residentes, o processo formativo social e coletivo vem trazer benefícios não apenas para os profissionais que estão inseridos nos espaços sócio ocupacionais, mas principalmente para a população que além de atendimento qualificado, participa de momentos de educação e construção coletiva acerca dos direitos e garantias do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cerne do presente estudo era descobrir se os/as residentes conseguiam vislumbrar ações de prática de benevolência, benesse ou clientelismo em seus cenários de prática e se eles conseguiam refletir criticamente sobre esse processo. Diante da exposição e partindo também dos momentos de partilha durante os encontros propostos pelo programa de residência, podemos afirmar que tais práticas se fazem presentes na oferta de serviços nos municípios que são cenário de prática dos/ as residentes.

Apesar de muito ser debatido, de diversas leis serem criadas e da população ter mais acesso a informações, esse tipo de prática ainda é muito presente em nossa sociedade, clientelismo, patrimonialismo e benevolência está muito associado à nossa formação sócio histórica brasileira.

Destarte, diante deste contexto de negação de direitos e intensas práticas de benesse, Teixeira (2018) afirma que a classe que vive trabalho, precisa de ações coletivas para

mudança desse quadro, ações de lutas anticapitalista, antidemocráticas que alterem a correlação de forças existentes nesses espaços. Diante disso, uma das manobras de luta e defesa por direitos e garantias dos direitos sociais é participação e ampla divulgação de órgãos de controle social, trazendo informações e educando a população sobre seus direitos.

Vale salientar que alguns indivíduos até compreendem seus problemas como parte do coletivo, conquanto se valem de estratégias de âmbito individual ou buscam ajuda de intermediadores para “facilitar” o acesso as políticas de saúde por necessidade de sanar suas demandas, mas inconscientemente reforçam a despolitização a “questão social” e fragmenta ainda mais a classe trabalhadora, deixando a política pública com caráter de benesse ou de favores. É necessário construir com a população a reflexão acerca da importância da articulação coletiva.

Porém, para além do que é posto na realidade das práticas, a pesquisa demonstra que apesar dos desafios postos pelas ações de benevolência, apartada do direito os/as residentes, conseguem compreender a importância que as intervenções realizadas com os usuários que usufruem da Política Nacional de Atenção Básica e que devem seguir a linha de viabilização e garantia de direitos.

Além disso, a o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária a Saúde, vem contribuindo no processo de construção dos profissionais, ao proporcionar e estabelecer uma relação direta entre teoria e prática, pois este processo deve ser compreendido enquanto uma relação indissociável, aplicada e vivenciada na dinâmica da realidade, pois não é possível obter-se uma boa atuação profissional sem ter um bom embasamento teórico.

Por fim, é importante trazer reflexões acerca da inserção de programas de residência multiprofissionais nos mais diversos setores da saúde, a fim de proporcionar além de um atendimento integral, qualificado e multiprofissional essa visão ampliada do conceito de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE. Kércia Rocha. A formação profissional do assistente social na residência multiprofissional em saúde do HU/UFS/Kércia Rocha Andrade. Orientadora Maria da Conceição Almeida Vasconcelos – São Cristóvão, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: .Acesso em: 27 de janeiro de 2023

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 27 de janeiro de 2023

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117/2005. Disponível em: Acesso em: 27 de janeiro de 2023

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html Acesso em: 28 de janeiro de 2023.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006. 414 f. (Textos Básicos de Saúde. Série B).

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/conaes-comissao-nacional-de-avaliacao-da-educacao-superior/247> Acesso em: 28 de janeiro de 2023.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Censo da Educação Superior 2020: notas estatísticas. Brasília, DF: Inep, 2022. Disponível em https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/notas_estatisticas_censo_da_educacao_superior_2020.pdf Acesso em: 21 de janeiro de 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 2007

BRAVO. Maria Inês de Sousa. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez 2011.

_____. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CASTRO, Marina Monteiro de. **Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2018.

COUTO, B. R.. (2015). Assistência social: direito social ou bem-estar?*. Serviço Social & Sociedade, **Rev. Serv. Soc. Soc.**, 2015. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.045>

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: ____ (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA, J. C. F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. Revista Trabalho Necessário, Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, ano 5, n. 5. 2007. Disponível em: < <http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TNo5%20LIMA,%20J.C.F.pdf>> Acesso em: 27 maio 2022.

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SILVA, Marta Borba. **Assistência social e seus usuários** entre a rebeldia e o conformismo. São Paulo, Cortez, 2014.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. **Argum.**, Vitória, v. 10, n.1, p. 33-50, 2018.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas assistência social**. São Paulo: cortez, 2009.